SALVARSE CON BIEN

El Parto de la Vida en los Andes y Amazonía del Perú

MINISTERIO DE SALUD

PROGRAMA DE SALUD Materno Perinatal

PROYECTO 2000
Un proyecto del Ministerio de Salud y USAID

USAID

Salvarse con bien
El parto de la vida en los Andes y la Amazonía del Perú

SALVARSE CON BIEN

EL PARTO DE LA VIDA EN LOS ANDES Y LA AMAZONÍA DEL PERÚ

(Técnicas tradicionales de
Atención del parto y
del recién nacido)

MINISTERIO DE SALUD – PROYECTO 2000
Lima - Perú 1999

PERÚ. MINISTERIO DE SALUD-PROYECTO 2000
Salvarse con bien. El parto de la vida en los andes y la amazonìa del Perú. (Técnicas Tradicionales de la atención del parto y del recién nacido)
Lima. Ministerio de Salud - Proyecto 2000, 1999. 251 p.
Hecho en depósito legal:15010599-3365

Ministerio de Salud
Dirección General de Salud de las Personas
Av. Salaverry Cdra 8 s/n
Telf. 431-9824
Lima,11, Perú

Elaborado para el Ministerio de Salud bajo contrato con el Proyecto 2000 por la Universidad Nacional Mayor de San Marcos- Facultad de Medicina y el Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán.

EQUIPO DE INVESTIGACIÓN

Universidad Nacional Mayor de San Marcos - Facultad de Medicina
Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán.

Rosa Dierna Antropóloga, Mg. Coordinadora General	Responsable Estudio 1.
Ximena Salazar, Antropóloga, Mg.	Responsable Estudio 2.
Rosana Vargas, Psicóloga	Responsable Estudio 3.
Paola Nacarato, Antropóloga	Responsable Estudio 4.
Cesar Guzmán, Médico Gíneco - Obstetra	

EQUIPOS LOCALES

Estudio 1
Puno : Edgar Quispe Chambi. Antropólogo, (coordinador), Alicia Díaz Ticona. Obstetriz, Lily De la Cruz Cárdenas. Trabajadora Social.
Estudio 2
Ayacucho / Apurímac / Huancavelica: Gumercinda Reynaga Farfán. Trabajadora Social (coordinadora), Marina Cossio Reynaga. Obstetriz.
Estudio 3
Ancash y sierra de La Libertad: Armando Mendiburu Mendocill. Antropólogo (coordinador), Fausta Chávez Alay. Antropóloga, Melva Meneses Palomin. Obstetriz.
Estudio 4
San Martín / Ucayali: Mirna Luz Gomez. Educadora (coordinadora) y Julia Martíne. Obstetriz - Ucayali. José Rondó. Antropólogo y Melchora Siccha Paima. Obstetriz - San Martín.

SUPERVISIÓN TÉCNICA Proyecto 2000
Lic. Flormarina Guardia A.

Elaboración de esta versión
Dr. Javier Alva Gambini

Fotos Proyecto 2000

Esta publicación ha sido posible gracias al apoyo de la agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional USAID-Perú a través del contrato 527-0366-C-5049-00 suscrito con Pathfinder International. USAID no comparte necesariamente las opiniones vertidas en el presente texto.

Indice

Presentación

Introducción

Capítulo I
La salud sexual y reproductiva, una mirada de género 11

Capítulo II.
Metodología del estudio 23

Capítulo III
Hallazgos etnográficos: Puno (Etnias Quechua y Aymara) 29

Capítulo IV
Hallazgos etnográficos: Ayacucho, Andahuaylas y Huancavelica
(Etnias Sur Andino Quechua) 73

Capítulo V
Hallazgos etnográficos: Sierra Norte de La Libertad y Ancash
(Quechuas/mestizos) 119

Capítulo VI
Hallazgos etnográficos: Ucayali, San Martín
(Etnias Amazónicas) 159

Capítulo VII
Características de los procesos de la salud reproductiva y sexual 199

Capítulo VIII
Prácticas tradicionales y biomédicas 215

Recomendaciones 235

Bibliografía 249

Presentación

El Proyecto 2000 es un esfuerzo de cooperación entre los gobiernos del Perú y de los Estados Unidos de América, a través del Ministerio de Salud del Perú (MINSA) y la Agencia para el Desarrollo Internacional de los Estados Unidos (USAID). El propósito del Proyecto es incrementar el uso de intervenciones eficaces para mejorar el estado de salud y nutrición de niños menores de 3 años y de mujeres en edad fértil, concentrándose en doce ámbitos que corresponden a las Direcciones de Salud de Ayacucho, Andahuaylas, Huancavelica, Puno, Ancash, La Libertad, San Martín, Ucayali, Tacna, Moquegua , Ica y Lima Este.

Entre sus objetivos destaca el de contribuir a la reducción de la mortalidad materna perinatal e infantil en el Perú, índice que si bien ha registrado un importante descenso en la última década, continua siendo todavía un problema de salud pública de alta prioridad, especialmente en las zonas rurales.

Un aspecto importante para el desarrollo de las estrategias para mejorar la calidad de los servicios y el acceso de las usuarias, está constituido por el conocimiento a profundidad de las diversas expresiones culturales, percepciones y comportamientos de la población en torno a los procesos de salud reproductiva. Se podrá mejorar el acceso y calidad de la atención a partir de conocer la forma como enfrentan los problemas de la salud reproductiva los diversos actores involucrados en el proceso de cuidado y recuperación de la salud materna perinatal e infantil. Estas aproximaciones a los sujetos y sus contextos, nos permitirán diseñar intervenciones a nivel de los servicios de salud y de la comunidad, que partan de un adecuado conocimiento de la problemática local.

Con esta finalidad el Proyecto 2000 encargó a la Facultad de Medicina de San Fernando de la Universidad Nacional Mayor San Marcos y al Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán, la ejecución de un estudio cualitativo que permita identificar, describir, evaluar y recuperar las técnicas tradicionales socio culturales del proceso de parto y de atención del recién nacido . El estudio se realizó considerando el componente étnico de las poblaciones en las zonas rurales, en un universo que ha permitido abarcar los principales grupos rurales del país, cuya influencia en estos aspectos se extienden a las zonas urbanas.

El estudio ha buscado identificar las percepciones sociales, culturales y de género, con las cuales las poblaciones enfrentan este periodo crucial de la vida y de la reproducción de las sociedades. Se han comparado las técnicas de atención institucional y domiciliaria y se han identificado las distintas barreras que dificultan el acceso a los servicios y que limitan una atención con calidad.

Los resultados de este estudio aportan criterios claves para la superación de las barreras socio culturales, plantean cambios en los sistemas de atención institucional con la incorporación de algunas prácticas tradicionales y proponen recomendaciones para las estrategias de Información, Educación y Comunicación.

El Proyecto 2000 agradece de manera muy especial al equipo multidisciplinario, de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos y del Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán, coordinado por la antropóloga Rosa Dierna, quién dirigió el estudio. Igualmente, agradecemos a la Dra. Susan K. Brems, Jefa de la Oficina de Salud, Población y Nutrición de USAID- Perú, al Sr. Michael Jordan, Jefe del Equipo de Asistencia Técnica del Proyecto 2000 y a la Lic. Flormarina Guardia, encargada de la supervisión técnica del estudio. Nuestro agradecimiento especial al personal de las Direcciones de Salud, a las ONGs locales, organizaciones de mujeres, promotoras, parteras y a los familiares cuya valiosa cooperación e información ha hecho posible el presente estudio.

Dr. Hugo Oblitas Baldárrago
Director Proyecto 2000

Introducción

La Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) es la entidad a través de la cual el gobierno norteamericano canaliza el apoyo técnico y financiero que brinda al Perú. En el sector salud, este apoyo se aboca a mejorar la salud de las poblaciones de alto riesgo. Por los datos proporcionados en numerosos estudios cuantitativos, sabemos que las poblaciones de mayor riesgo en muchas partes del Perú son las que habitan las zonas rurales y peri-urbanas del país, sobretodo las mujeres en edad reproductiva, los niños menores de 5 años y las poblaciones para quienes el castellano no es el primer idioma.

Estas circunstancias dan lugar a un fenómeno preocupante en el sector salud – un alto índice de mortalidad materna. Se estima que por cada 100,000 niños nacidos vivos, 265 mujeres peruanas pierden la vida por una causa relacionada con el embarazo, parto y/o puerperio, cifra que según estándares internacionales es muy alta.

Frente a este gran desafío, autoridades y trabajadores del Ministerio de Salud, las organizaciones de mujeres y otros actores de la sociedad civil, así como la cooperación internacional, están intentando entender de una manera mas amplia y profunda el fenómeno de la mortalidad materna en el Perú. Este es un paso imprescindible para desarrollar estrategias sensibles a la realidad de las mujeres que puedan contribuir efectivamente a reducir el número de mujeres que mueren en el cumplimiento de su maternidad.

A nuestro parecer, este entendimiento más amplio y profundo tiene que tomar explícita cuenta de la perspectiva de la mujer rural indígena, especialmente en cuanto a sus practicas tradicionales en la atención del parto, así como

de las circunstancias específicas de muerte materna entre estas mujeres desfavorecidas.

Con este propósito USAID, a través del Proyecto 2000, ha colaborado con el Ministerio de Salud y las instituciones mencionadas en la Presentación para el desarrollo de dos investigaciones, una sobre las técnicas tradicionales de atención del parto y cuidados del recién nacido y otro sobre casos de muerte materna.

En estos estudios el enfoque ha sido cualitativo, esto quiere decir que los instrumentos y herramientas para la recopilación y análisis de datos privilegian la observación participante, las entrevistas en profundidad con preguntas abiertas y los grupos focales, más que encuestas o fuentes secundarias de datos cuantitativos. Un enfoque cualitativo permite que los investigadores adopten temporalmente la perspectiva de la población estudiada, dejando de lado la óptica biomédica y partan de la realidad de la mujer rural indígena, lo cual enriquece y facilita el entendimiento de los datos.

El esfuerzo ha sido positivo. Los estudios han proporcionado una riqueza de detalles sobre los dos temas y los equipos de investigación han sistematizado esta riqueza de una manera que permite al lector entrar en el mundo de la mujer rural indígena, compartiendo su perspectiva o – en el caso de las muertes maternas – la de sus sobrevivientes. Permite apreciar los servicios de salud desde otra óptica. Apreciamos cómo las relaciones sociales, tanto entre la mujer y su pareja, sus familiares y sus vecinos como entre la comunidad y los servicios de salud - influyen en las decisiones que se toman. Llegamos a entender cómo el sistema cultural, entendido como los patrones mentales que definen y guían nuestro comportamiento, subyacen en las acciones que se toman en el campo de la salud materna. Y vemos cómo todo esto se articula con los servicios de salud, terminando muchas veces en la decisión de tener un parto domiciliario y en algunas oportunidades, en una muerte materna.

Los estudios en si no pueden efectuar cambios en los servicios. Pero si las autoridades y trabajadores de salud dan la debida importancia a los resultados de estos dos estudios, no pueden dejar de examinar la actual organización de los servicios a la luz de sus hallazgos. Un esfuerzo serio para reducir la mortalidad materna no puede hacer menos.

Susan K. Brems. Ph.D.
Jefa
Oficina de Salud, Población y Nutrición
USAID/Perú

Capítulo I

Partera atendiendo a la gestante

Salud reproductiva y sexual una mirada de género

El Perú se caracteriza por la coexistencia de diferentes culturas y etnias. En la esfera de la salud, ello se traduce en diversas aproximaciones a los procesos de salud y enfermedad, en la existencia de diferentes prácticas para la prevención y atención de problemas cotidianos de salud, así como en la intervención de distintos actores.

Estos aspectos se articulan entre sí de manera consistente en un sistema de salud. Este puede definirse como «la constelación de creencias, conocimientos, personal humano, facilidades y recursos que en un conjunto estructuran y organizan la forma en que los miembros de un grupo cultural desarrollan los cuidados y tratamientos para la enfermedad» [1]

En nuestro país, tienen amplia vigencia el sistema de salud tradicional y el sistema biomédico (occidental).

En lo que se refiere a la salud reproductiva [2] y específicamente al proceso de la gestación y el parto, éste se enmarca dentro de un sistema obstétrico,

---

1 **Fabrega y Manelli.** En Brunelli G. ***"De los espiritus a los microbios"***, Colección 500 años (s.f.)

2 «La salud reproductiva es un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia. Esta última condición lleva implícito el derecho del hombre y la mujer a obtener información y de planificación de la familia de su elección, así como a otros métodos para la regulación de la fecundidad que no estén legalmente prohibidos, y acceso a métodos seguros, eficaces, asequibles y aceptables, el derecho a recibir servicios adecuados de atención de la salud que permitan los

entendido como el «conjunto de técnicas, prácticas, convicciones y normas que regulan el comportamiento y actitudes, las características y el tipo de relación de los agentes involucrados en el proceso del parto» [3].

El parto y los eventos relacionados con éste tienen que ser comprendidos dentro del contexto de la salud sexual y reproductiva de la población.

1. CALIDAD DE VIDA, SALUD Y GÉNERO

La salud como estado de bienestar integral de las personas, está estrechamente relacionada con la calidad de vida de estas e involucra necesariamente las interacciones en que cada individuo está inmerso de acuerdo con su género (hombres, mujeres). Simultáneamente debe tenerse en cuenta, cómo éstas interacciones se articulan con otras categorías tales como la clase o estrato socioeconómico, la etnia y cultura, la edad o generación.

Se asume el género, como una construcción social y cultural mediante la cual cada sociedad organiza y da significado a las diferencias biológicas de sexo. Se manifiesta como un sistema de roles, valores, normas, características individuales, actitudes, comportamientos, y relaciones interpersonales.

Dicho sistema de género atraviesa los sistemas de salud vigentes en el país, tanto el tradicional como el biomédico y condiciona la interrelación entre ambos.

Se señala que «son dos los mecanismos fundamentales mediante los cuales la construcción de género ejerce su influencia sobre la salud de los individuos y el papel que estos desempeñan en el desarrollo de la salud: la socialización y el control institucional. La sociedad mediante la internalización de las expectativas que rigen los paradigmas de masculinidad y femineidad encauza de manera diferente la motivación de hombres y mujeres con respecto a la selección entre alternativas de conducta que tienen implicaciones variables para la propia salud y la de los demás. Las instituciones vigilan el cumplimiento de estas normas mediante sanciones, o bien facilitando u obstruyendo el acceso a recur-

---

embarazos y los partos sin riesgos y den a las parejas las máximas posibilidades de tener hijos sanos. **Matamala M., Maynen P**. ***"Salud de la mujer, calidad de la atención y género",*** 1996.

3 **Jordan, B**., **Atteggiamenti,** ***Pratiche ostetriche a confronto***. Cuaderni del Nuovo Nato. Emme Edizioni. Milano, Italia, 1984.

sos o posiciones, o, por último retribuyendo de manera diferencial a personas del mismo género que desempeñan actividades similares» (Gomez, 1994).

Existirían múltiples actores que desempeñan roles diferentes e interactúan en situaciones diversas, ubicándose a su vez en posiciones que varían de acuerdo a su capacidad de control de recursos y toma de decisiones. Es decir, de manejo del poder.

Con esta perspectiva de análisis se han orientado los estudios, en sus diversos ámbitos geográficos, que comprenden dos grupos étnico-culturales: andino y amazónico.

Según Anderson el sistema de género en las comunidades andinas se caracteriza por tener, como primer aspecto, un núcleo central que es la pareja conyugal o «*chachawarmi*». Esta constituye una unidad ritual, tiene un alto grado de autosuficiencia y las relaciones entre el hombre y la mujer son de complementariedad. El segundo aspecto, es la relación entre hermanos. El tercer aspecto la relación madre-hija. En esta cultura, ambos géneros comparten las tareas agrícolas y el pastoreo (Anderson,1994).

Por el contrario, en los pueblos amazónicos hombres y mujeres funcionan separadamente y a veces de manera antagónica en la vida cotidiana. La unión matrimonial es precoz e impuesta, y se practica además la poligamia. El vínculo es frágil y son frecuentes los casos de adulterio y abandono del hogar. Las mujeres se ocupan de la recolección y el cultivo de chacras cercanas a la casa, y los hombres se dedican a cazar o pescar, o bien a trabajos asalariados. Existe una marcada solidaridad dentro del género femenino.

Desde hace décadas, estos sistemas de género - tan diferentes entre sí - y sus respectivos estilos de vida, son afectados por el proceso de migración del campo a las ciudades, y la influencia occidental creciente a través de la educación formal, los medios de comunicación y los servicios de salud pública.

Esto ha traído consigo roles y relaciones de género de una marcada desigualdad y actitudes machistas, que por ejemplo en el caso de las sociedades quechuas y aymaras, están provocando cambios profundos en la división de genéro del trabajo y en las pautas de comportamiento social, sexual y reproductivo de mujeres y varones.

Además también impacta en estos cambios, la agudización de la condición de pobreza extrema en que viven las poblaciones involucradas en los estudios, que se manifiestan entre otros aspectos en el aumento de la desnutrición, del consumo de alcohol y de la violencia intrafamiliar.

Estos transformaciones en las relaciones de género, repercutirán en las complicaciones relacionadas con el embarazo, parto y puerperio.

En el Perú como en la mayoría de países de América Latina, son causal de mortalidad entre las mujeres, los procesos vinculados a la reproducción. Esto ocurre pese a la naturaleza fisiológica y no patológica de estos procesos, y que todas estas causas tienen carácter prevenible (Mora y Yunes, 1993).

La tasa (razón) de mortalidad materna llega en el Perú a 265 por 100.000 nacidos vivos, mientras que en las zonas rurales alcanza a 292 por 100.000 nacidos vivos (ENDES, 1996)

La desigualdad de género que coloca a las mujeres en una posición de desventaja y vulnerabilidad permanentes, configura una situación de riesgo para las mujeres de las poblaciones en los ámbitos del estudio.

Se define riesgo, como la probabilidad de morbimortalidad de una persona o población a causa de estar expuesta a una serie de factores, que denominaremos factores de riesgo, y que pueden ser de carácter socioeconómico, emocional, cultural y de género, sin restringirlos solamente al riesgo obstétrico.

Una mirada de género al evento del parto, implicará no sólo ver qué roles competen a los hombres y cuáles a las mujeres en todo el proceso, sino poner especial atención en la identificación de desigualdades que se traducirán en factores de riesgo específicos por la pertenencia a un género.

Nos referimos a hechos tales como:

- que las gestantes no cumplan con los cuidados culturalmente establecidos a causa de la sobrecarga de tareas que implica su rol de género;
- que algunos esposos sean "*indiferentes*" y abandonen a su mujer durante el puerperio;
- que las mujeres no asistan al control prenatal por temor y rechazo a la actitud fría y jerárquica del personal de salud (que empeorará si se trata de un varón) quien además tendrá en la consulta autoridad para ver y tocar su cuerpo aunque no sea su esposo.

La gravedad de los riesgos señalados podría sintetizarse en que: «La muerte de una mujer con motivo de la maternidad debe ser entendida como expresión de la relativa desventaja que experimentan importantes sectores femeninos de la Región de las Américas en el logro de sus derechos fundamentales y en el ejercicio de la maternidad deseada» (OPS, 1990).

2. LA COMPLEJIDAD DEL PROCESO DEL PARTO

El parto es un proceso biológico teñido de significados y organizado según las conceptualizaciones vigentes en un grupo humano específico.

Por esta razón, se plantea estudiar el parto en los espacios domiciliario e institucional desde la antropología cultural. Esta perspectiva comprende recoger las prácticas y técnicas que se desarrollan y son vivenciadas alrededor del nacimiento de un nuevo ser; las conceptualizaciones y la trama de significados vigentes que les dan sentido; y las relaciones que se establecen entre los actores involucrados en el todo el proceso.

El parto es uno de los escenarios simbólicos privilegiados de una cultura, por ser el momento en el cual se "*da la vida*" bordeando la muerte.

La posibilidad de que la mujer y/o el recién nacido sufran daños o mueran durante el proceso del parto, está presente en todos los contextos -tanto urbano como rural- y en ambos sistemas obstétricos - tradicional y biomédico.

Esta posibilidad exige que se pongan en juego diferentes mecanismos para prevenir y solucionar posibles problemas. Estos mecanismos se derivan de las causas reconocidas, mediadas por una comprensión o interpretación de las mismas, lo que a su vez determinarán los agentes y los recursos a los cuales se apelarán para garantizar el buen éxito del parto.

El peligro que supone el parto, se manifiesta en las palabras que aluden a este momento: **«salvarse»** o **«salvarse con bien»** son las palabras empleadas para referirse al parto en Puno, en Ayacucho y en otros lugares del estudio[4] .

Las mujeres conocen los cuidados, que de ser puestos en práctica conducirán a un buen desarrollo de la gestación y el parto. Comparten también las concepciones que dan sustento a estos cuidados o normas. El conocer y compartir las mismas a lo largo de generaciones, entrañará inevitablemente cambios, a veces imperceptibles y otras veces muy notorios [5]

---

4 Estas expresiones también se encuentran en el ***"Informe del cap materno-infantil".*** **Vargas**, R. (editora) PSNB, Prisma-Apoyo, 1995. Además fueron corroboradas durante la investigación.

5 **Informe final proyecto «*Análisis situacional y capacitación con parteras empíricas en Villa el Salvador*» (**no publicado). **Vargas R., Naccarato P**. Lima, 1993. CMP. Flora Tristán.

3. RITUALES Y RELACIONES EN EL PROCESO DEL PARTO

Toda cultura, incluida la occidental, posee un orden normativo con reglas de comportamiento definidas y sistemas rituales, que sirven como base para la organización de la vida social de un grupo humano determinado.

En una sociedad tan heterogénea como la peruana, reconstruir tales rituales, especialmente aquellos creados alrededor de un evento tan significativo como es el proceso del parto, y las relaciones que se establecen entre las personas involucradas, es indispensable para entender los problemas que surgen y las posibles soluciones .

En el sistema tradicional, la posición utilizada para el parto, la presencia de los familiares, la administración de mates calientes y el lugar del parto, son entre otros elementos, componentes de este orden normativo y de sus rituales. Del mismo modo lo son en el sistema biomédico, el registro y los procedimientos iniciales (enema, rasurado), el lugar del parto y sus implementos técnicos, la posición utilizada, la vestimenta de los proveedores, el comportamiento y el rol asumido por cada uno.

Cada ser humano defiende e invierte fuerzas en la idea que tiene de sí mismo, es decir, en su identidad. Esta identidad puede ser vulnerada, principalmente a través de una inadecuada comunicación, especialmente en espacios donde las reglas de comportamiento son "asimétricas", es decir las reglas a través de las cuales una persona está en clara desventaja frente al otro" (Goffman, 1973).

Uno de los elementos que diferencian el parto en el sistema tradicional en relación al sistema biomédico, es que en el primero las reglas de comportamiento son "simétricas". La partera es "igual", comparte los mismos códigos y pese que en el momento del parto es una autoridad, las reglas de comportamiento son codificadas de tal manera que toda persona será tratada en forma similar, tal como se acostumbra tratar a los demás. Este sistema ritual es conocido y compartido por todos los miembros de la comunidad, el ambiente es cálido y familiar. Se trata entonces, de relaciones sólidas.

En el sistema biomédico, el proveedor asume un rol particular (quiere decir que no es la misma persona que actúa en la vida cotidiana), puramente funcional con la población, y la relación asume características asimétricas.

El sistema ritual, es delimitado entre otras cosas por el espacio en el que se desarrollan los eventos. Cuando una mujer quechua (o de otra de las culturas

estudiadas) acude a un servicio de salud para dar a luz, los rituales propios de este espacio no son compatibles con sus propios rituales. Por ejemplo: la separación de su mundo de referencia y el internamiento en un espacio "especializado"; el despojo de casi todos sus efectos personales; el aislamiento y el ser reducida a la condición de "paciente". Todo esto conllevará a una evidente pérdida, momentánea por cierto, de la identidad (Pizzini, 1981).

En la situación descrita líneas arriba, operará una disparidad entre las dos identidades rituales que poseen cada uno de los actores y el espacio en el que se dan los procesos.

Otro elemento importante, es el orden normativo que subyace a cada una de las culturas en contacto, es decir las reglas de comportamiento que se dan en cada lugar (independientemente si estos son lugares privados, semi-privados o públicos).

Se trata entonces de estudiar las formas de compatibilizar ese rol - de prestador de un servicio - con la cultura de aquéllos que requieren el servicio.

Para poder comprenderse mutuamente, deben organizarse diversas estrategias de adaptación, en ambos sentidos. Si consideramos que los establecimientos de salud están en general, normados por un "modelo correccional", caracterizado por crear barreras y normas que impiden la accesibilidad a los servicios (Pedersen, 1988), tales como el trato frío y distante, el no utilizar el mismo idioma, el no explicar a los usuarios cada paso del proceso o el despersonalizar a la usuaria, se deberá aplicar correctivos al modelo, para convertirlo en uno culturalmente aceptable, y tratar de adaptarlo a los requerimientos culturales de la población objetivo.

Por lo tanto, el primer paso será comprender lo que en la cultura del usuario se espera que se diga y el cómo decirlo, así como lo que se espera que se haga y la forma de hacerlo (Goffman, 1973). Esto permitiría ir cerrando la brecha existente y puede hacer que la atención del parto institucional - en este caso- sea un acto más humano y accesible.

4. LAS PARTERAS Y EL CONOCIMIENTO LEGITIMADO

En cada área particular existen varios sistemas de conocimiento, algunos de los cuales por consenso, tienen más peso que otros, sea porque son más

eficaces o porque están asociados a una base de poder más fuerte (superioridad estructural), y generalmente por ambas cosas [6].

Se habla entonces de un conocimiento legitimado, es decir el conocimiento válido, aquél sobre el cual se toman las decisiones y se justifican las acciones. La constitución de este conocimiento, es un proceso social permanente que construye y refleja la relación de poder en un determinado espacio social, de manera que el orden social vigente es visto como natural, la forma como son (obviamente) las cosas.

Al respecto Jordan refiere : "… lo que tenemos que pensar es en la necesidad de desplazarse de una situación en la cual el saber autorizado se distribuye jerárquicamente, a una situación donde éste sea, por consenso, distribuido horizontalmente, es decir, una situación en la que todos los participantes en el parto contribuyen a mantener el conocimiento sobre la base del cual se toman las decisiones." (Jordan, 1984)

¿Qué tendría que pasar para que la mujer se convierta verdaderamente en parte del proceso de toma de decisiones y se diera un status legítimo a su conocimiento corporal e intelectual?, ¿Qué si tuviera un lugar en las estructuras de participación profesional establecida alrededor del nacimiento?, ¿Podría haber una acomodación mutua entre lo que la mujer sabe y la forma como el personal médico entiende la situación, de manera que emergiera una sola estructura de conocimiento autorizado?

La persona especializada, con conocimiento legitimado dentro de la comunidad para atender nacimientos, es la partera empírica o tradicional. Ella por el trabajo que desempeña posee una gran autoridad, plenamente legitimada por la población. Realiza el diagnóstico de embarazo, la atención del parto y puerperio, la explicación y tratamiento de los problemas que se presentan en las gestantes o los recién nacidos. Tiene además un profundo conocimiento de las plantas medicinales y otros medios terapéuticos tradicionales.

En algunos de los ámbitos del estudio, la acción de las parteras se centra especialmente en la atención de los partos que presentan complicaciones, mientras que el manejo del parto de bajo riesgo está en manos de familiares como el esposo, la madre u otra mujer mayor de la familia. Este fenómeno resalta especialmente en el caso de Huancavelica y Puno.

---

6 **Davis-Floyd R., Sargent, C.** ***Medical Anthropology Quarterly*** 10(2) :1996.

5. EL PARTO EN CIFRAS

En nuestro país para la atención de la gestación coexisten la atención profesional y empírica. Para el parto coexisten la atención domiciliaria y la institucional.

Esta realidad se ve reflejada en la ENDES 1996 [7] , que sin mostrar diferencias importantes en relación a la ENDES 1992, confirma que un 50% de nacimientos ocurren en domicilios. En cuanto al agente responsable de la atención, 56% de los partos fueron atendidos por un profesional de salud (32% por médicos y 24% por obstetrices o enfermeras), mientras que el 24% de los partos fueron atendidos por parteras y el 19% por familiares.

Estos datos siguen reflejando las grandes diferencias existentes en el comportamiento de las mujeres en relación a la atención de la gestación y parto, según se trate de zonas rurales o urbanas.

Se evidencia que sobre el total de partos ocurridos en casa, 83.2% se concentran en zonas rurales; de ellos el 40.4% han sido atendidos por parteras, 35.9% por familiares y un 21.5% por personal de salud.

En relación al control prenatal, el 67% de los nacimientos ocurridos en los últimos 5 años recibió asistencia prenatal por profesionales de salud. Nuevamente se evidencia la gran brecha existente entre la realidad rural y urbana: 81% de mujeres de áreas urbanas tuvieron un control prenatal, cifra que desciende al 47.8% para el ámbito rural.

Dentro de este contexto, las cifras de mortalidad materna siguen siendo muy altas (mostrando un ligero incremento en relación a la ENDES 1992).

Así, la tasa nacional de mortalidad materna (razón de mortalidad) es de 265 por 100,000 n.v., mientras que en la zona rural llega a 292. Muchas de las causas directas identificadas (hemorragias (23%), aborto (22%), infecciones (18%), hipertensión inducida por la gestación (17%), y obstrucción del parto), podrían ser detectadas y prevenidas a través de una adecuada atención de la gestación, el parto y el puerperio.

---

7 ***"Encuesta Nacional de Demografia y Salud".*** INEI, 1996

6. LOS FACTORES QUE LIMITAN EL ACCESO A LOS SERVICIOS

A pesar de los esfuerzos realizados en los últimos años para mejorar los indicadores de salud materna y perinatal, persisten aún una serie de factores que limitan el acceso a los servicios de salud, entre los cuales podemos resaltar los siguientes:

a) La situación de pobreza y extrema pobreza en la cual está inmersa una gran parte de la población de los ámbitos del estudio, va generando un deterioro cada vez más profundo de las condiciones de salud - en especial de las mujeres - y restringe seriamente la posibilidad de orientar la búsqueda de salud hacia los servicios formales.
b) El aislamiento y la dispersión geográfica de las comunidades en zonas rurales, impide la accesibilidad a los servicios.
c) La inequidad en la relación entre los géneros comprobada por estudios cualitativos realizados para identificar los obstáculos para el acceso a servicios privados de planificación familiar [8] demuestran la dependencia económica y emocional de las mujeres; la falta de autonomía en la toma de decisiones sobre los hechos reproductivos y las dificultades de comunicación en la pareja (que en su expresión extrema suponen un ejercicio cotidiano de la violencia). Estos son algunos elementos básicos para entender las dificultades de mujeres y varones para prestar atención a su salud reproductiva.
d) Algunos factores desde la perspectiva émica [9] sobre el parto. La atención de parto en el espacio institucional, está organizada de manera muy distinta a la forma tradicional de concebir el proceso, lo que genera una distancia cultural entre los servicios y las necesidades y costumbres de las mujeres.

---

8 **SASE**, ***"Estudio cualitativo de utilización de servicios de planificación familiar".*** Lima, 1994. Estudios similares fueron desarrollados en Trujillo, Puno y Cusco por instituciones locales, con el financiamiento de PRISMA y USAID.

9 La categoría **émico** se refiere a los significados, conceptos y prácticas propias del grupo humano que los utiliza, mientras que la categoría **ético** alude a la perspectiva de la cultura dominante y externa.

Desde esta perspectiva, algunos elementos al no encontrar un referente en los servicios formales de salud, se constituyen en una barrera que limita el acceso a los mismos, entre otros se identifican :

- la posición litotómica para el parto;
- el hecho que el ambiente donde se da a luz sea frío;
- la imposibilidad de apelar a recursos usados tradicionalmente;
- el aislamiento de la parturienta.

También, formarán parte de esta barrera, el escaso conocimiento y/o desvalorización de las concepciones y prácticas de las mujeres, además de la discriminación y el maltrato percibido por ellas.

Un factor adicional que agrava esta situación en los ámbitos rurales, es la diferencia del idioma, que impide la comunicación entre la parturienta y la persona que atiende el parto. En contraste, en el espacio domiciliario existe una cercanía cultural entre partera y parturienta. Ambas comparten el mismo idioma, las mismas explicaciones y conceptualizaciones sobre los hechos vinculados a la reproducción, todo lo cual favorece el desarrollo de una relación de confianza.

Con la partera se da por ejemplo la posibilidad de elegir las posiciones para el trabajo de parto y la etapa expulsiva, utilizar plantas medicinales y/o remedios que ayuden a mantener el calor y favorezcan el proceso, dar a luz en un ambiente cálido y familiar, y si se desea es posible permanecer acompañada por los familiares más cercanos.

7. TEMAS EN CUESTIÓN

Los temas en cuestión planteados desde esta mirada de género en la salud reproductiva y sexual y que han guiado el estudio, son los siguientes:

a) ¿Cuáles son las técnicas tradicionales de atención del parto y del recién nacido (especialmente durante los primeros siete días) y las explicaciones vigentes entre las parteras tradicionales y los familiares que atienden partos en los ámbitos de los Estudios.
b) ¿Que técnicas, podrían ser incorporadas en los servicios de salud, según dos criterios básicos:

- técnicas que no representen un riesgo para la mujer y el recién nacido
- técnicas que sean aceptadas o aceptables por el personal de salud

c) ¿Cómo se dan las relaciones entre los géneros durante el proceso de la gestación, el parto y en la época inmediata posterior al nacimiento de un hijo en los ámbitos de estudio?
d) ¿Cómo las mujeres y los hombres piensan y representan el cuerpo, especialmente en lo que se refiere a los hechos reproductivos y cuáles son las imágenes que tienen en relación a sí mismos y al otro?
e) ¿Cuáles son las percepciones de los profesionales de salud en relación con las técnicas tradicionales de atención del parto y del recién nacido?
f) ¿Cuáles son las percepciones, expectativas y motivaciones de las mujeres respecto a la atención institucional de parto y respecto a la atención por parte de parteras tradicionales y familiares?

Capítulo II

Partera controlando la salud de la gestante y su bebé

Metodología del estudio

1. ESTRATEGIA BÁSICA: LA INVESTIGACIÓN CUALITATIVA

Se aplicaron los enfoques de investigación cualitativa a lo largo de los estudios. Se buscó interiorizar en los complejos procesos vinculados a la reproducción y acercarnos a conocer la subjetividad de las mujeres como la de los actores participantes, en los diversos contextos socio-culturales en que se desenvuelven los sistemas tradicionales.

Los ámbitos y comunidades donde se desarrollaron los estudios son representativos de la heterogénea realidad peruana, por tanto los hallazgos tienen validez en esos ámbitos y pueden proyectarse hacia espacios similares.

Obviamente estas proyecciones no buscan establecer correlaciones numéricas o estadísticas, sino levantan una mirada comprehensiva a las concepciones y valoraciones de los actores, en particular de las mujeres, parteras/os, familiares y personal de salud involucrados en el proceso reproductivo.

2. EQUIPOS DE INVESTIGACIÓN

La investigación estuvo a cargo de un equipo central y cuatro equipos locales integrados por profesionales de las ciencias sociales y de la salud.

Los equipos locales facilitaron el acceso a las comunidades, en base a su inserción en la zona y manejo del idioma local. Además establecieron relacio-

nes con redes de organizaciones comunales y de mujeres; y convenios con el Centro de Investigación y Promoción Amazónica (CIPA) en Pucallpa y Arunakasa en Puno. Fue importante contar con intérpretes para las comunidades Shipibo y Aguaruna en la Amazonía

3. TRABAJO DE CAMPO

Previo al trabajo de campo, se procedió a la revisión bibliográfica y a realizar un taller con los equipos de investigación, donde se desarrollaron los lineamientos de la investigación, discutiendo en profundidad el propósito y objetivos del estudio, el marco teórico y la propuesta metodológica. Se dedicó un tiempo especial para la discusión de las comunidades donde sería implementado el estudio, así como para los instrumentos de recojo de información. El trabajo de campo se desarrolló entre setiembre y octubre de 1997.

Para el ingreso a las comunidades, los investigadores se presentaron a las autoridades locales, líderes comunales y responsables de los establecimientos de salud del MINSA. El personal de salud, así como las organizaciones de mujeres facilitaron el desarrollo de la investigación.

4. LOS ÁMBITOS SELECCIONADOS PARA EL ESTUDIO

Los ámbitos de estudio, fueron determinados por el Proyecto 2000 en base a su ubicación geo-ecológica y composición étnica y social:

Estudio 1: Puno (Quechua y Aymara)
Estudio 2: Ayacucho, Huancavelica y Andahuaylas
Estudio 3: Sierra de La Libertad y Ancash
Estudio 4: Ucayali y San Martín

Se consideraron los siguientes criterios para la selección de las comunidades:

- Existencia de datos relevantes sobre perfiles demográficos, de salud y socioeconómicos accesibles a través de las Regiones y Subregiones de Salud, oficinas del INEI y otras instituciones;
- La distancia entre las comunidades y la sede de los grupos locales y/o la capital del departamento, entre 3 a 8 horas;

- La población total de cada comunidad, con un mínimo de 300 personas;
- Las comunidades debían contar con algún establecimiento de salud (puesto, centro u hospital).

Se identificaron las siguientes comunidades:

ESTUDIO	DEPART.	ETNIA	DISTRITO	COMUNIDAD
1	Puno	Aymara	Chacocollo	Kelluyo
		Quechua	Arapa	Impuchi
2	Ayacucho	Quechua	Chiara	San Antonio de Manallasac
	Andahuaylas	Quechua	Chicmo	Nueva Esperanza
	Huancavelica	Quechua	Julcamarca	Julcamarca
3	La Libertad	Quechua/ Mestiza	Cachicadan	Santa Cruz de Chuca, Cochapampa
	Ancash	Quechua/ Mestiza	Macate	Huanroc y Macate
4	Ucayali	Shipibo		Santa Isabel de Bahuanisho Tacchitea
	San Martín	Mestiza	Awajún	Bajo Naranjillo
		Aguaruna Lamista	Pamashto	Pamashto

5. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN

5.1. Selección de informantes

- Parteras tradicionales que atienden partos en la actualidad y que cuentan con un reconocimiento de la comunidad
- Familiares que atienden partos, dada su importancia creciente en la realidad del parto domiciliario a nivel nacional.

- Puérperas con experiencias de parto reciente – institucional y tradicional– para identificar la perspectiva de las usuarias en relación a la atención de parto.
- Mujeres y varones en edad fértil, para conocer la percepción de la comunidad sobre los hechos reproductivos.
- Personal de salud de la zona, por la necesidad de conocer las características de la atención institucional y la apertura frente a posibles cambios.

5.2. Observación participante

La observación tuvo la finalidad de realizar una descripción exhaustiva de las prácticas y técnicas utilizadas en uno y otro sistema en las diferentes etapas del parto, así como de la interacción y roles de los diferentes actores involucrados en el proceso. Se elaboraron: *Guías de observación de parto y de la atención de la gestación* para el sistema obstétrico tradicional y el sistema biomédico,

Además se realizaron registros grabados de las interacciones verbales ocurridas durante el parto y algunos registros fotográficos .

5.3. Entrevistas en profundidad

Las entrevistas tuvieron como objetivo reconstruir la atención tradicional del proceso del parto, con énfasis en el tipo de problemas reconocidos y los mecanismos preventivo curativos utilizados. También se recogieron las conceptualizaciones acerca de las diferentes etapas del proceso reproductivo. Se exploró además los conceptos de salud-enfermedad vigentes, los problemas identificados y las maneras de solucionarlos o prevenirlos.

Se elaboró una guía para las entrevistas a profundidad, que fue aplicada a *parteras/os tradicionales, familiares que atienden partos*, *puérperas* atendidas por parteras o familiares (que hubieran dado a luz en los cuatro meses previos), *puérperas* atendidas en establecimientos de salud y al *personal* de los establecimientos de salud de la zona.

5.4. Grupos focales

Esta técnica se aplicó a mujeres en edad reproductiva en dos rangos de edad (15-29 años y 30-49 años) y a varones entre 20-49 años, con el fin de

ampliar la muestra de informantes y triangular la información obtenida con las entrevistas a parteras y familiares.

También fue aplicada al personal de salud de la zona, para conocer sus percepciones sobre las motivaciones de las mujeres hacia la atención tradicional e institucional del parto e identificar sus actitudes de apertura o rechazo hacia la incorporación de técnicas tradicionales en los establecimientos de salud. Se elaboró una *guía de recojo de información* para cada grupo focal según tipos de informantes.

6. APLICACIÓN DE LOS INSTRUMENTOS

En general los instrumentos resultaron adecuados para recoger la información. En su aplicación se observaron algunas limitaciones debido a ciertas características de las comunidades.

En las comunidades aguarunas se encontró que los dirigentes y hombres jóvenes son los únicos bilingües y excepcionalmente algunas mujeres. Los hombres están imposibilitados de participar en las entrevistas o grupos focales con mujeres, por una estricta separación de los espacios masculino y femenino. Aunque sólo fue posible conseguir a una gestante joven para servir de intérprete, se logró información muy valiosa.

La ***observación del parto*** presentó un mayor grado de dificultad en su aplicación. En el caso del *parto domiciliario*, las gestantes próximas a dar a luz en general no estaban dispuestas a permitir la observación del parto, ya que la percibían como algo que atentaba contra su privacidad y como una amenaza que podía interferir en el desarrollo del parto. Se realizaron reiteradas visitas a las gestantes para convencerlas de permitir la observación.

Una dificultad adicional fue la incertidumbre sobre la fecha probable de parto. Esto determinó que no se lograra cubrir la diversidad de grupos étnicos propuestos. En el estudio 1 se observó un parto en el grupo étnico aymara, en el estudio 2 se realizaron tres observaciones del grupo étnico quechua, en el estudio 3 una observación de parto en la Sierra de la Libertad y en el estudio 4 una observación en el grupo étnico shipibo.

En el caso del parto institucional, la dificultad radicó su escaso número en las zonas rurales. Sin embargo se pudo realizar en los hospitales de Ilave y Juliaca en Puno, H. de Andahuaylas, H. "Cesar Vallejo" en Santiago de

Chuco, H. "La Caleta" en Chimbote y en el hospital de Lamas (San Martín).

Se realizaron diversas observaciones de la atención prenatal institucional y visitas prenatales de parteras/os. En este caso la presencia de observadores externos no representó una interferencia en el proceso.

Las ***entrevistas en profundidad*** demandaron para su aplicación más de una sesión, buscando momentos que no interfieran con la recargadas jornadas de trabajo de los/as informantes.

Los ***grupos focales.*** Su aplicación presentó dificultades en los lugares donde no existían organizaciones activas de mujeres y por la falta de costumbre de hablar durante un tiempo prolongado sobre un tema de manera sistemática, además de la temática íntima y privada.

En el caso de la etnia aguaruna, no existen espacios de comunicación verbal sobre temas de sexualidad, además de la resistencia a los extraños y la incompatibilidad de esta técnica grupal con sus pautas culturales.

Los grupos focales con el personal de salud tuvieron algunas limitaciones, por diversos motivos institucionales que causan la ausencia del personal imposibilitando contar con un grupo estable. Además de su pobre conocimiento de la idiosincracia y costumbres locales.

Alguno de los temas abordados -como la fecundación- resultaron ajenos a las pautas culturales de las comunidades estudiadas. Otros temas como la menstruación, gestación, parto y puerperio, fueron abordados con mayor desenvoltura por parte de las mujeres, especialmente mayores, mientras que las más jóvenes mostraron en algunos casos vergüenza e inhibición. Pareciera existir en este grupo una toma de distancia de las explicaciones tradicionales, sin reemplazarlas aún con nuevos contenidos. Con los varones no hubo dificultades para el desarrollo de los diversos temas.

Las parteras/os han sido informantes claves para la investigación, aportando conceptos sobre salud y enfermedad y el proceso del parto. Sus experiencias han permitido ahondar los conocimientos sobre técnicas, riesgos, cuidados y medidas terapéuticas tradicionales.

Las mujeres que tuvieron partos recientes (en los últimos 4 meses) mostraron desconfianza e incomodidad al relatar la experiencia del último parto, relacionadas a problemas o dificultades ocurridas durante la atención.

Capítulo III

Inicio del parto

Hallazgos etnográficos Puno etnias quechua y aymara

EL EQUILIBRIO FRÍO/CALOR ES FUNDAMENTAL PARA LA FECUNDACIÓN DE LA TIERRA Y DE LOS SERES HUMANOS

1. EL ENTORNO DEPARTAMENTAL Y DE LAS COMUNIDADES ESTUDIADAS

El departamento de Puno se encuentra en la Región José Carlos Mariátegui, en el sur andino del Perú, tiene como sus ejes centrales a la puna del altiplano y el lago Titicaca. Los grupos étnicos aymara y quechua forman su población mayoritaria. Dentro del mapa de pobreza del Perú, Puno al igual que Huancavelica, están caracterizados como departamentos muy pobres.

En cuanto a la atención del parto, la ENDES III muestra que el 17.8% de los nacimientos se produce en un establecimiento de salud, mientras que el 81.7% ocurre en domicilios. De los partos ocurridos en casa, el 47.5% es atendido por un familiar y el 22.6% por una comadrona o partera.

El 32.2% de las gestantes en el período de referencia de la encuesta no han recibido atención prenatal. De las mujeres que asistieron al control prenatal en establecimientos de salud, el 42.1% fue atendida por una obstetriz / enfermera y el 25.3% por un médico.

1.1. Los quechuas: Comunidad de Impuche

La etnia quechua habita principalmente el norte de Puno, comprende 486 comunidades campesinas, las cuales se extienden por las provincias de Azángaro, Carabaya, Lampa y Sándia.

Los quechuas se dedican principalmente a actividades agropecuarias de autosubsistencia. Azángaro, provincia escogida para el estudio es caracterizada dentro del mapa nacional de pobreza como muy pobre. El número de muertes maternas a nivel provincial es de doce, el doble que en la zona aymara.

Se seleccionó a la comunidad de Impuche, ubicada en el distrito de Arapa, provincia de Azángaro. Se encuentra aproximadamente a tres horas de la ciudad de Puno y a 8 km. del poblado de Arapa, a orillas del lago Arapa. Esta comunidad cuenta con 8 sectores: Machuhuasi, Catachilla, Muñara, Occotera, Lajascuchu, Achuccallani y Rucano. Las viviendas se ubican a ambos lados de la carretera Arapa-Impuche y se dispersan hacia los cerros.

La principal actividad económica es la agricultura de autosubsistencia, cultivan habas, quinua, cebada, papa, oca, trigo y cañihua. Unas pocas familias que poseen parcelas más grandes producen también para vender en el mercado regional. Son escasas las fuentes de empleo en la zona y es fuerte la migración masculina hacia las ciudades del sur del Perú.

La población carece de servicios básicos de luz y desagüe, pero la mayoría cuenta con agua potable. Existe un colegio agropecuario, escuelas, wawawasis, una iglesia católica y un local comunal. Entre sus organizaciones hay varios clubes de madres pero inactivos, comités de vaso de leche, APAFAS, asociaciones de regantes y la junta directiva comunal.

Hay un puesto de salud con tres técnicos, que depende del centro de salud de Arapa; éste tiene 18 trabajadores: un médico jefe, una obstetriz, dos enfermeras, un laboratorista, técnicos de enfermería y personal de servicio.

Comunidad de Impuche y Anexos
Datos Demográficos y de Salud Materno Perinatal
Enero - Setiembre 1997

. Población total Impuche y anexos	1173
. MEF total Impuche	316
. Número hijos total (promedio)	04
. Gestantes Impuche	51
. Partos domiciliarios (N° aprox.)	120
. Partos institucionales (en Arapa)	05
. Mortalidad materna	s/d
. Partero capacitado	01
. Promotor/partero (en Arapa)	01

La UTES de referencia es Azángaro, que funciona en el hospital provincial de esta ciudad.

El puesto tiene una demanda regular de servicios, mientras que la demanda del centro de salud es baja. Esto probablemente estaría relacionado con su limitada vinculación con las organizaciones comunales y el poco conocimiento de la zona.

1.2. Los aymaras : Comunidad de Chacocollo

Las comunidades aymaras se encuentran hacia el sur de Puno, desde las riberas del lago Titicaca hasta las punas ubicadas a más de 5000 metros de altura sobre el nivel del mar.

La etnia aymara conforma 654 comunidades campesinas distribuidas en las provincias de Collao, Chucuito, Huancané, Puno, Moho, San Antonio de Putina, Yunguyo y San Román. Sus principales actividades económicas son la pesca en el lago, el comercio y la producción artesanal.

El trabajo de campo del estudio 1 se realizó en Chacacollo comunidad aymara del distrito de Kelluyo, provincia de Chucuito.

Esta comunidad se encuentra a casi 4 horas de la ciudad de Puno, muy cerca de la frontera con Bolivia. Es un centro poblado menor y está conformado por 4 comunidades: Pérez, Maykupuju, Kapia Pusuma y Chacocollo como sede; las viviendas muestran un patrón de asentamiento disperso. La carretera hasta Chacocollo es afirmada (de tierra), habitualmente los viernes transitan camiones que vienen de la feria de Desaguadero.

El terreno es muy árido, no obstante hay cultivos de autosubsistencia como papa, cañihua, quinua y cebada. La población cría camélidos, ovinos, vacunos, acémilas y aves de corral.

No cuentan con servicios básicos de agua, desagüe y luz. Consumen agua de pozo y utilizan letrinas. Hay un colegio secundario, 4 escuelas, una municipalidad menor, una iglesia católica y varios clubes de madres.

Existe un puesto de salud del MINSA que depende del centro de salud de Kelluyo. El puesto esta a cargo de 2 técnicos, el centro de salud cuenta con 3 profesionales (médico jefe, obstetriz, enfermera) y tres técnicos. Estos servicios son parte de la UTES Juli, que funciona en el hospital del mismo nombre.

El puesto tiene una demanda elevada de servicios, en relación con el buen nivel de acercamiento logrado con la población.

Comunidad de Chacocollo
Datos Demográficos y de Salud Materno Perinatal.
Enero - Setiembre, 1997.

. Población total de Chacocollo y anexos	1158
. Población de Chacocollo	349
. MEF de Chacocollo	286
. Gestantes	08
. Nacimientos	73
. Número de hijos promedio	04
. Partos domiciliarios	72
. Partos institucionales (en Kelluyo)	01
. Mortalidad materna	01
. Partera no capacitada	01

2. ETNOFISIOLOGIA Y SABER CULTURAL

LOS QUECHUAS

2.1. La percepción émica de las enfermedades

El hecho de estar sano en esta cultura, se atribuye fundamentalmente a tener una "*buena alimentación*" basada en productos de la zona. Asimismo, es muy importante que el cuerpo esté en constante ejercicio; para ello "*se necesita caminar y estar siempre en actividad*" . El "*no hacer nada*", hace que las personas "*se sientan mal y enfermen*".

Según los/as informantes quechuas, para que una persona no sea susceptible a las enfermedades necesita que su cuerpo esté adecuadamente "*preparado*", de lo contrario pueden sufrir "*derrame de la sangre*" o hemorragia, enfermedad que sufren especialmente las mujeres durante la gestación. Asimismo, una persona "*no debe estar en el frío*", porque puede "*sentirse mal*" y es probable que enferme.

Los principales problemas de salud identificados por la población quechua son los siguientes: "*próstata, cólico, hígado y riñones*". También la tos, la tuberculosis y la "*bronconeumonía*".

Consideran que los hombres se enferman por trabajar en el frío de las chacras y por ingerir mucho licor, así contraen la "*bronconeumonía*", enfermedad que ha cobrado gran número de víctimas:

> *"Otros hombres tienen los riñones machucados, maltratados, el hígado también está maltratado porque toman licor y tienen ese vicio, por eso se enferman". (Cirilo, familiar que atiende partos. Impuchi, Arapa)*

> *"A veces, por falta de alimentos los hombres enferman con bronco neumonía que son varios, también tomando mucho y ya son alcohólicos como un vicio les agarra y ya no pueden dejar el alcohol, ahora nomás un hombre ha muerto por tomar alcohol diario". (Florencio, partero. Impuchi, Arapa)*

Recursos terapéuticos

Se observó que los conocimientos sobre recursos terapéuticos son escasos. Sólo usan mates de hierbas calientes, aunque al respecto no se logró recabar mucha información en el trabajo de campo:

> *"…mate de canacho , diente de león , verbena, hay ocoruro, llantén eso hay que hacer jugo con limón se toma sin ninguna gota de agua sin azúcar con limón nomás se toma esas hierbas después alfalfa tomamos haciéndonos jugos eso tomamos es bueno para la cólera". (Grupo focal: Mujeres de 30 a 49 años, Impuchi, Arapa)*

Puno, Quechua.
Enfermedades, Causas y Tratamientos

ENFERMEDAD	CAUSA	TRATAMIENTO
Trastorno cerebral (niños/as)	• El frío penetra al cerebro	
Riñon e hígado maltratados	• Por tomar licor (varones)	• Mate de cáscara de cebada y papa. • Llantén, cola de caballo, Tiki tiki, diente de león, verbena.
Agarrado por la tierra		
Bronconeumonía	• Falta de alimentación • Exceso de licor.	• Prevenir tomar licor en frío y en el sol.
Cólico	• Varones toman mucho	
Dolor de cabeza y de la vista	• Calor del sol.	
Tos	• Por el frío	• Mates calientes.
Mal de próstata	• Mucho trabajo en chacra.	
Tuberculosis	• Mala alimentación	
Reumatismo, artritis	• Frío penetra al cuerpo.	

Búsqueda de soluciones

La población recurre escasamente a las medicinas del sistema tradicional y busca en cierta medida atención en los servicios de salud.

En el centro de salud de Arapa la demanda es casi inexistente. Al puesto de Impuche acuden con más frecuencia, pero su personal no goza de la confianza de la comunidad.

2. 2. Relaciones entre hombres y mujeres

2. 2.1. En la familia y en la comunidad

Las mujeres quechuas se dedican a los trabajos de la chacra y al manejo de los huertos familiares. Cultivan cebolla, orégano, flores, lechuga, y repollo, que son vendidos en las ferias de la ciudad de Juliaca. Estas actividades las realizan aquellas que residen en las riberas del lago.

Los varones se ocupan del ganado y colaboran en la atención de las guaguas, así como en las labores de la cocina y en el lavado de la ropa. Se señala

que también hay varones que a diferencia de los anteriores consumen abundante licor y maltratan a su familia.

2. 2.2. En la atención del parto y del recién nacido

Los esposos quechuas participan atendiendo a las parturientas, preparando los remedios para facilitar el trabajo de parto y la cama de la parturienta, están "*pendientes siempre de las esposas*".

Luego del parto se encargan de la atención y cuidado del recién nacido, de las actividades de la cocina, de los trabajos en la chacra y del cuidado del ganado. Sin embargo algunos se sienten "*aburridos*" de asumir las actividades cotidianas mientras la esposa está con descanso puerperal:

> *"Nuestro esposo se encarga con la huahua y con la cocina, con los ganados la chacra, con todo nosotros no ayudamos por que no estamos bien, estamos en la cama, el esposo de todo se encarga, no todos son iguales, no son iguales los hombres, aburrido se siente hasta qué hora, acaso estás enferma siempre, qué es esto, bien estás pues". (Grupo focal: mujeres de 30 a 49 años. Impuchi, Arapa)*

Se considera también que los esposos quechuas, cuando ya tienen hijos "*sienten más por sus hijos que por su propia esposa*". Cuando salen de la comunidad hacia otras ciudades vuelven pronto por que "*extrañan a sus hijos*" :

> *"… justamente cambios hay, siempre, cuando tienen hijos dos, tres, ese caballero, ese esposo más cariñoso tiene a su hijo por una nomás a su esposa, tiene más llevan aquí allá a sus hijos, mas cariño como una flor". (Grupo focal: varones de 20 a 49 años. Impuchi, Arapa)*

2. 2.3. Valoración y autoestima entre hombres y mujeres

Las informantes indican que las mujeres quechuas muestran preferencia por varones que tengan una "*vida normal, sana*" y que no sufran de ninguna enfermedad, para que puedan trabajar y mantener a su esposa e hijos. El varón que se dedica al "*vicio*" del licor es criticado por las mujeres:

"Un hombre debe ser normal sano nosotras quisiéramos nuestro esposo sano, que no sufra ninguna enfermedad para poder trabajar y así de esa manera poder mantener a sus hijos y a su señora. el hombre que toma no puede estar bien". (Grupo focal: mujeres de 30 a 49 años. Impuchi, Arapa)

Para los varones quechuas, una mujer debe ser también "*sana, comprensible, pasiva*", es decir como un "*árbol tierno y que florezca bien*".

"Una mujer deber ser comprensible, pasiva, no debe renegar de cualquier cosa, debe saber comprender, así podría vivir bien con su esposo y viviría feliz en su hogar , porque una mujer aburrida y renegona no puede formar un buen hogar". (Grupo focal: varones de 20 a 49 años. Impuchi, Arapa)

2. 3. La mujer y el varón sanos

Una mujer sana es aquella que tiene resistencia contra cualquier dolor, "*pone ganas y agilidad*" en el trabajo, demuestra responsabilidad hacia sus hijos/as y esposo, toma licor con moderación, no reniega en el hogar y es comprensiva con su esposo. No podría cumplir todo ello, si se encuentra con alguna enfermedad.

"cuando estamos enfermas no lavamos ropas ni cocinamos y hasta mal nos sentimos, de cólera renegando nos sentimos ni comemos ni cocinamos ni comida comemos, enfermando". (Grupo focal: mujeres de 30 a 49 años. Impuchi, Arapa)

Una mujer sana "*con su sonrisa da vida*" a su esposo e hijos/as y a su vez es un ejemplo para ellos.

"… una mujer sana podemos comparar como estas árboles verdes están bonito una flor está floreciendo, con eso podemos comparar una mujer sana (risas), una mujer sana es alegre anda riéndose a su esposo, también le sonríe a sus hijos…". (Grupo focal: varones de 20 a 49 años. Impuchi, Arapa)

Mientras que el varón sano es aquél que busca otros ingresos económicos para mantener a su familia, sale a trabajar fuera de la comunidad, es "*alegre y tranquilo, siempre está trabajando*", se relaciona bien con su esposa, con los amigos y otras personas.

> *"… un hombre cuando esta sano, es alegre tranquilo, cualquier trabajo está haciendo, con su señora también conversa, con los vecinos también, con los amigos a veces se encuentran con otros y se relacionan normal, están alegres cualquier novedad se hacen saber". (Grupo focal: varones de 20 a 49 años. Impuchi, Arapa)*

Se "*preocupa*" en todo momento de no enfermar, cuidándose del frío, alimentándose bien, para no dejar desamparada a la familia.

> *"prevenido de todas las cosas para que no le agarre la enfermedad más que todo debe ser prevenido debemos saber cuidarnos donde vayamos deben cuidarnos o saliendo también no, a veces de noche salimos por casualidad en el frío". (Grupo focal: varones de 20 a 49 años. Impuchi, Arapa)*

2. 4. Las imágenes de la reproducción

2.4.1. Menstruación

La menstruación es "*algo propio de la mujer*", se produce cada mes durante tres a cuatro días, desde los doce y dieciséis años de edad.

> *"Las mujeres menstrúan cuando su ovario ya madura, la menstruación puede venir 3 días mínimo, cuando viene 4 días creo que está mal cuando viene más de 3 días". (José Luis, familiar que atiende partos. Impuchi, Arapa)*

Una función principal de la menstruación es posibilitar a la mujer tener hijos/as. Otra es "*limpiar la sangre mala*" que "*se junta en el interior del cuerpo*", para evitar las enfermedades.

"Si es que no nos vendría la menstruación podríamos enfermarnos, los que no tienen hijos enfermos nomás están, no son como las que tienen hijos, ya no botan sangre por eso enfermas no mas están, por eso creo que eso seria la mala sangre, botamos en la menstrúa". (Grupo focal: mujeres de 30 a 49 años. Impuchi, Arapa)

Cuando una mujer menstrúa normalmente, se considera que está sana.

"Es bueno que baje la menstruación porque así sabemos que una mujer está sana , si no viene la menstruación es malo porque la sangre se sucia se quedaría dentro del cuerpo, la sangre, se pararía (yahuar sayanman)". (Cirilo, familiar que atiende partos. Impuchi, Arapa)

Es síntoma de "*debilidad*", iniciar la menstruación entre los diez a los doce años, a diferencia de las mujeres "*fuertes y resistentes*" que tienen su menstruación recién a los catorce o a los quince años de edad:

"Yo también eso puedo decir otros somos simples a ellas les baja la menstruación más temprano y otros son mujeres fuertes, hasta sus dientes salen a los 8 años, de 10 años a así también puede ser su menstruación también…en las simples baja su menstruación más temprano, en las fuertes más tarde". (Grupo focal: mujeres de 30 a 49 años)

Cuando la menstruación aparece por primera vez, algunas mujeres se asustan e identifican cuidados especiales durante este período, como cuidarse del agua, del frío y de realizar trabajos que demanden esfuerzo físico.

"La sangre se suspende cuando meten la mano al agua fría, la sangre se enfría y se vuelve como manteca por eso, no hay que entrar ni al lago,estando con menstruación deben de cuidarse del frío". (Cirilo, familiar que atiende partos. Impuchi, Arapa)

"Bueno, ellas cuando están con su menstruación no deben hacer demasiada fuerza, ni cuando están gestando, pero normalmente hacen sus cosas, sólo pesos no deben levantar". (Florencio, partero. Impuchi, Arapa)

El agua y el frío pueden "*suspender*" la menstruación y causar la enfermedad de "*coagulación de la sangre*".

> *"…su menstruación (k´ultachakunman) se puede formar coágulos esa sangre en adentro y puede estar grave , así dicen". (Florencio, partero. Impuchi, Arapa)*

2.4.2. Fertilidad y concepción

En Impuchi señalan que las mujeres son fecundas desde muy jóvenes, a partir de los 12 a 15 años *"ya pueden quedar embarazadas"*. Las más jóvenes pueden llegar a tener hijos a los 16 años de edad, mientras que las más "*formaditas y maduras*" recién pueden tener hijos entre los 20 y los 22 años.

Tener hijos a temprana edad, está relacionado con tener la "*sangre muy caliente*" al entrar a la etapa de la adolescencia y relacionarse con varones "*sin el control de nadie*". Asimismo, las muchachas pueden embarazarse "*por orinar en el mismo baño que los varones*".

> *"…los jóvenes, los muchachos cuando están con la adolescencia pueden dejar depositados en los baños donde han ido , y cuando las mujeres orinan sobre eso pueden salir embarazadas". (Grupo focal: varones de 20 a 49 años. Impuchi, Arapa)*

En relación a la fecundación, las mujeres describen que "*quedan embarazadas*" cuando están menstruando y tienen relaciones sexuales con el esposo. Desde ese momento pierden la menstruación "*porque la guagua se alimenta de esa sangre*"

> *"La fecundación se produce en una parte de la mujer, en la mujer hay un ovario y cuando hacen relaciones sexuales el hombre puede botar más de 10 mil sémenes entonces uno no mas entra y ya queda embarazada la mujer". (José Luis, familiar que atiende partos. Impuchi, Arapa)*

Los días de cuidado o "*peligrosos*" porque pueden quedar embarazadas, son los días en que están menstruando.

"si no quieren tener hijos cuando está la mujer con su menstruación debe cuidarse unos 8 a 12 días, después que ya ha pasado su menstruación, en ese tiempo no debe tener relaciones con su esposo, eso si no quieren tener hijos". (Florencio, partero. Impuchi, Arapa)

"…las mujeres salimos embarazadas, cuando en estos días de peligro peligro tenemos relaciones con nuestro esposo, si no tendríamos relaciones no saldríamos embarazadas de nada, siempre se embarazan cuando tiene relaciones". (Grupo focal: mujeres de 15 a 29 años. Impuchi, Arapa)

También afirman que el hombre para fecundar a una mujer, en el momento de tener relaciones sexuales debe expulsar los espermatozoides, los que luego se juntan con el óvulo de la mujer.

"El hombre tiene relaciones con su esposa, el hombre tiene espermatozoides, esos espermatozoides son como pequeños gusanillos que sale del hombre y con eso fecunda, solo en días de peligro, en esos días que no sean de peligro no nos embarazamos". (Grupo focal: mujeres de 15 a 29 años. Impuchi, Arapa)

Se considera que al ingresar los espermatozoides en una de las trompas de la mujer originará un hijo, si ingresa en las dos trompas originará mellizos.

"El hombre cuando tiene relaciones sexuales con su esposa puede tener hijo, en el hombre hay los espermatozoides, eso entra en la trompa, en eso tiene hijos, cuando es mellizos entran en ambas trompas esos espermatozoides". (Florencio, partero. Impuchi, Arapa)

Parecería existir cierta noción de ovulación, aunque sin precisión en cuanto al período del ciclo menstrual en que ocurre.

"Cuando tienen relaciones sexuales . ¿no? sale eso posiblemente en la mujer hay una temporada en que tienen óvulo ellas, .¿no? se juntan con ese óvulo y por eso hay los hijos…". (Grupo focal: varones de 20 a 49 años. Impuchi, Arapa)

2.4.3. Prácticas anticonceptivas

Los varones señalan que sus antepasados ("*los antiguos*") sabían manejar las prácticas anticonceptivas. Usaban una variedad de hierbas del campo, como la "*mula pilli*"; "*ajinju*"; "*puka taqa chilla*" y el "*perejil*". Este último debía ser ingerido por la mujer molido y sin azúcar:

> *"…para no tener hijos eso el perejil cuando la mujer está menstruando de dos días o tres, como esto como ají hay que molerlo, como el ají molido como ají después de 2 días hay que hacer comer para no tener hijos. ¿no? y parece que puede tener efecto. Sin azúcar sin nada eso puede ser y otro puede haber también ajenjo, ajenjo. ¿Como es eso? el ajenjo puede ser cuando tienen relaciones y puedes equivocarte cuidándote después en un momento eso madura un óvulo en las mujeres y tienen relaciones". (Grupo focal: varones de 20 a 49 años. Impuchi, Arapa)*

Otra planta anticonceptiva empleada durante la menstruación era la "*marancela*", en mates.

> *"Antes se sabían cuidar con un remedio que se llama Marancela, se toma haciendo hervir cuando están con la menstruación, pero otras veces pueden estar tomando eso tanto el hombre como la mujer todos los días cuando están con la menstruación". (Florencio, partero. Impuchi, Arapa)*

2.4.4. Menopausia

La menopausia o edad crítica, es el "*cambio de vida*" que experimentan las mujeres cuando tienen entre 40 a 45 años de edad. Comienza con dolor de cabeza, las mujeres "*se debilitan*" y son propensas a todo tipo de enfermedades.

> *"A los 45 años, en algunas mujeres, a temprana edad, la regla se les corta a los 40 años. Cambio de vida, en castellano, edad critica. Dolor de cabeza otras débil enfermedad, siempre les agarra todo tipo de enfermedades les agarra". (Grupo focal: mujeres de 30 a 49 años. Impuchi, Arapa)*

En esta etapa igualmente deben cuidarse del frío y sobre todo tener una adecuada alimentación para prevenir las enfermedades.

> *"Para eso, puedo decir yo debemos cuidarnos ¿no? después que para esa enfermedad no se nos produzca del frío debemos cuidarnos después en cuanto al alimento también para no sufrir esas enfermedades". (Grupo focal: mujeres de 30 a 49 años. Impuchi, Arapa)*

Deben ingerir mates de "*tiki tiki*", "*nabo*", "*verbena*" y caldos con carne.

> *"… por ejemplo eso, tiqui tiqui, decimos mate de nabo tiqui tiqui, otra hierba la verbena, esas cosas tomaríamos, así también nos debemos alimentar bien, caldo de carne debemos comer, así ese cambio de vida, edad critica, sin enfermar podemos pasar". (Grupo Focal: mujeres de 30 a 49 años. Impuchi, Arapa)*

Los malestares que se presentan en la menopausia asemejan a los del parto, presentan entre otros síntomas: "*sentido de humor negativo, reniegan demasiado, no tienen ganas de comer y se quejan del dolor de la espalda*"

> *"demasiado de cualquier cosa demasiado como si estaríamos dando parto otra ves así se sientan en ese cambio de vida enferma sienten reniegan de la nada, ni comer quieren, total me duele mi espalda, dicen". (Grupo focal: mujeres de 30 a 49 años. Impuchi, Arapa)*

La edad de presentación de la menopausia está relacionada con la edad de inicio de la menstruación. Si esta se inició a los 12 años su menopausia se "*adelantará*" y llegará a los 35 años, mientras que a aquellas que empezaron a menstruar entre los 15 y los 18 años de edad, presentarán la menopausia después de los 45 años.

> *"Dicen que la menopausia depende de la menstruación si la primera menstruación le vino a los 12 años entonces a los 35 años ya no les viene su menstruación los que tienen su menstruación a los 15-18 años ya no les baja u menstruación a los 45 años así". (Grupo focal: mujeres de 15 a 29años. Impuchi, Arapa)*

Las mujeres durante la menopausia aunque tengan relaciones sexuales ya no podrán quedar embarazadas. Sin embargo algunas sostienen que todavía hay el peligro de ser fecundadas.

2.5. Parteras/os y familiares que atienden partos

La partera es aquella persona especializada en brindar atención del parto, así como en recibir y brindar algunas atenciones al recién nacido. Además presta ayuda al personal de salud que atiende los partos domiciliarios.

Los familiares que atienden partos, son aquellas personas que aprendieron por la necesidad de atender a sus esposas, ya que los servicios de las parteras suponen gasto de dinero y además en estos últimos años es difícil conseguir parteras, pues ya no quedan muchas en la zona.

> *"Yo empecé a atender en mi señora, a veces aquí las parteras cobran demasiado, y también ya no hay parteras por eso año en año tengo que aprender más a atender partos; mis dos primeros hijos he hecho dar parto a mi esposa con el partero, después por que ya no hay parteras y tampoco tengo plata por eso atiendo yo no más". (Cirilo, familiar que atiende partos. Impuchi, Arapa)*

Las parteras/os son personas con muchos años de experiencia en el oficio. Algunos empezaron a atender entre los 20 y 30 años de edad.

> *"Desde mucho más antes yo sabia hacer dar parto, después he ido a la capacitación (Hastalamanta), más o menos cuando yo tenia 30 años o más antes todavía casi teniendo 20 años yo ya sabia atender partos, pero en ese entonces no estaba capacitado" . (Florencio, partero. Impuchi, Arapa)*

Cuando no existían establecimientos de salud en la zona, la atención por parteras/os era relativamente mayor que en la actualidad.

> *"Hartos he atendido ,cuando yo tenia mi equipo no había posta todavía en ese entonces, ahora ya hay posta, ahora van a la posta , cuando no había posta, yo (asc´ata) bastantes partos he atendido, por lo menos en*

cada mes había unos dos o tres partos". (Florencio, partero. Impuchi, Arapa)

Los pagos que reciben son "*a voluntad*" de la persona atendida, puede ser dinero o alimentos (papa, carne, etc.). Las/os parteras/os atienden a demanda directa, no acostumbran ofertar sus servicios en las casas de las parturientas. Solicitadas para atender un parto no pueden negar su atención, por el contrario tienen que proporcionar atención inmediata.

"Antes todas venían donde mí, ahora que hay posta ya no vienen, cuando me solicitan donde cualquier gestante yo le atiendo, ¿por qué no le atendería? Apenas me avisan yo dejo de hacer cualquier cosa y voy a verlas, voy a visitarlas. A ver a la paciente a veces voy, a veces no, para qué puedo mentir, para saber si está bien o no, pero cuando yo la dejo bien no pasa nada". (Florencio, partero. Impuchi, Arapa)

La atención de la partera no se limita al parto, también tiene que ver con la atención puerperal y del recién nacido. Tiene la obligación moral de "*atender bien y dejar bien*" a las mujeres.

Los familiares que atienden partos se hacen ayudar con personas que viven junto a la parturienta, ellos se encargan de preparar los mates y la comida, y de otras tareas necesarias para facilitar y brindar una buena atención del parto:

"… hay otra persona que me ayuda, un compañero hay, para que haya hervir el mate y otro para que haga cocer la comida, a veces siempre se necesita para que ayude a ajustar la faja, siempre se necesita". (Cirilo, familiar que atiende partos)

Las parteras/os atienden a la puérpera para "*recomponer el cuerpo*", "*sobando y jalando sus dedos*". Cuando están graves las "*envuelven como una guagua*", las "*amarran con una faja*" y proporcionan ciertas comidas para que recuperen las energías perdidas.

"Yo le compongo el cuerpo , les sobo jalando de cada dedo de su mano, y cuando están graves como a una huahua lo envuelvo, lo amarro con faja

y le doy de comer chuño con cañigua con poco o nada de sal y con carne fresca, no debe comer otras comidas". (Florencio, partero, Impuchi, Arapa)

Estas prácticas también las manejan los familiares que atienden partos; cuando la parturienta tiene dificultades para dar a luz, suelen "*sobar la cintura hacia abajo*" tratando de que "*la guagua baje*" y cuando ya está a punto de nacer le sujetan de la cintura un poco más fuerte para ayudar al expulsivo:

"… cuando empeora el dolor, las mujeres ya sabe uno tiene que acudirla, ayudarla, sobarle la cintura con la mano tiene que tratar de ayudar. Yo le ayudo sobando hacia abajo …se nota que baja la huahua ….ayudo con mi mano, y para que nazca le agarro de la cintura bien ya no le dejo que de vuelta la huahua y otra vez viene el dolor ella puja". (José Luis, familiar que atiende partos. Impuchi, Arapa)

Se considera que "*tienen bastante habilidad*" en las manos; muchas veces cuando hay complicaciones en el trabajo de parto acostumbran ayudarse con la mano, metiéndola por debajo de la frazada, y examinando la barriga como si estuvieran haciendo un masaje:

"Nos toca la barriga, mete su mano por debajo de la frazada y nos toca la barriga, sobre nuestra ropa nos toca, ellos con su mano, nos ayuda cuando no podemos dar parto rápido. Así nos ayuda para que no pasemos más dolor, es como si hiciera masaje". (Maximiliana, puérpera atendida por partera, Impuchi-Tequena, Arapa)

Los parteros capacitados señalan que luego de la capacitación tiene más posibilidades de brindar una buena atención del parto.

3. ETNOFISIOLOGIA Y SABER CULTURAL

LOS AYMARAS

3.1. La percepción émica de las enfermedades

La salud en la población aymara, no solo tiene que ver con "*no estar enfermo*", significa "*vivir bien, tranquilo, alegre, y trabajando normalmente*", aunque en ese proceso se afronten "*tristezas y preocupaciones*". Se trata esencialmente de buscar el bienestar de la persona.

Para no enfermar, las personas deben vivir en un ambiente en el que se mantengan "*buenas relaciones*"; entre la pareja, con los hijos, así como con el resto de la comunidad.

Mantener una buena salud, supondrá establecer sistemas de ayuda recíproca, donde constantemente se pone en practica esta cooperación, tratando de "*estar juntos en las buenas y en las malas, en las tristezas y en las alegrías*".

Recursos terapéuticos

Los aymaras continúan usando algunos conocimientos tradicionales, emplean una variedad de hierbas de la región con poderes curativos, para el tratamiento de diversas enfermedades.

> *"… sé curar a aquellas personas que tienen hinchazones en el cuerpo (p'usutanaka), las que tienen fiebre, resfrío (thaya), calor …Presentan inflamaciones en el cuerpo porque a veces se lastiman con estacas (ch'akuru) o con clavos…, se cayen en bicicleta y entonces se hacen hinchar. Eso hay que curar con la ortiga (atapallu), con la ortiga hembra (qachu)? Para la enfermedad producida por la calor es bueno la papa amarga (luk'i ch'uqi), una parte hay que hacerle tomar y la mitad hay que colocarle al cuerpo en rodajas (q'alltaña) echando un poco de sal. Para la persona resfriado es bueno algo caliente, la "muña" o también se puede curar con aspirina, o sino el desenfríol, la aspirina y la antalgina hace sudar bien. Para la tos es bueno el "ayrampu" nomás, para eso hay que tomar el ayrampu hervido…, también se puede chupar (ch'amuña) el mismo como dulce. Nosotros todo eso conocemos porque a veces sabemos ver en los*

animales, por ejemplo, aquí en el campo tenemos a los cuyes (wank'unaka) que utilizamos para ver, …sale bien clarito, pero se necesita conocer bien….. Con el cuy hay que colocar en el cuerpo durante casi una media hora y ahí sale bien claro como se hace en una autopsia, sale como el cuerpo de una persona, así sale el cuy". (Teodoro, familiar que atiende partos. Chacocollo, Kelluyo)

Se emplean procedimientos como "*el diagnóstico con el cuy*"," *el examen de la vena*" y la "*sacudida del cuerpo*" y se identifican una serie de enfermedades como "*la purgación, el corazón volteado, la coagulación de la sangre*", etc.

El diagnóstico con el cuy. Se recurre a este procedimiento cuando la causa de alguna enfermedad no es detectada con facilidad. Se pasa un cuy vivo por diferentes partes del cuerpo del enfermo, luego es abierto y cuidadosamente examinado. Si se detecta que alguna parte del cuy esta "*lastimada*", se atribuye que esa misma parte del cuerpo del paciente "*está mal*", haciendo el diagnóstico.

La denominada "*radiografía aymara a través del cuy*", también se emplea para tratar el "*cólico*". Esta enfermedad se presenta con dolor de estómago, "*hinchazón del cuerpo*" y dificultad para orinar y se produce en personas que tienen "*amarguras*" fuertes y continuas cuando hace frío

Enfermedades tradicionales

La purgación. Es causada por gran esfuerzo físico. El cuerpo esta "*totalmente lastimado, como chuño molido*". En los varones cuando se agudiza la enfermedad, *orinan sangre frecuentemente*". A las mujeres "*se les cura frotando (jusq'katańa) la matriz y sobando (jusq'uqańa) los pies*". Con los varones se emplea la "*sacudida de cuerpo*" que a veces puede emplearse en las mujeres.

Corazón volteado. Se produce por jugar pelota o por malas caídas. Sus síntomas son pérdida de apetito, "*debilidad de cuerpo*" y perdida de peso. Se cura con "*la sacudida del cuerpo hacia adelante y atrás*", utilizando una manta u otra prenda.

Coagulación de la sangre. Es propia de las mujeres en edad fértil, se presenta cuando durante la menstruación se exponen al frío, produciendo

dolor de estómago por "*coagulación de la sangre*". A veces alcanza tal gravedad que no bastan los mates calientes, requiriendo cirugía en los servicios de salud.

> *" La sangre al enfriarse le hace doler la barriga, por eso se suele escuchar a las mujeres que les duele la barriga (Purakqhati) y por eso a veces llegan a ser operadas". (Juana, partera. Kapiya Pusüma, Kelluyo)*

Tos y fiebre. Su causalidad se atribuye al frío. Para la tos se emplea el fruto del *ayrampu* en mates o se mastica. Las *hojas del eucalipto* se emplean en mates para la tos crónica. Para la "*fiebre*" que produce "*calentura*" en una persona con "*calor en los pulmones*", se emplea un pedazo de "*bayeta*" (preferentemente negra) lavada en "*orina hervida*". También rodajas de *papa* (variedad amarga) con sal. En otras ocasiones se ingiere "*agua de linaza*" y se realizan baños de agua hervida con "*hierbas espinosas*", siempre con la orina.

> *" hay algunas personas … con mucha insolación, para eso es bueno la papa amarga (luk'i ch'uqi), una parte hay que hacerle tomar y la mitad hay que colocarle al cuerpo en rodajas (q'alltaña) echando un poco de sal, así, para eso es bueno la papa". (Teodoro, familiar que atiende partos. Chacocollo, Kelluyo)*

La "*gripe*" produce gran dolor de cabeza y fiebre relativamente alta, se emplea la "*orina*" sin hervir en un trapo sobre la cabeza del paciente o baños con "*orina*" preferentemente en las noches antes de acostarse.

Otra planta medicinal utilizada es el mate de *muña,* para el "*resfrío del cuerpo*", adquirido cuando las personas trabajan o consumen licor expuestas al frío. Los enfermos presentan dolor acompañado por "*tembladera*". En algunos casos también se emplea para el "*resfrío del cuerpo*" medicamentos como desenfríol, aspirina y la antalgina.

Fracturas. En algunas fracturas se practica el *"emplasto con cuy".*

Daño. Se produce en personas "*embrujadas*" por los *Anatayirinaka* (practicantes de hechicería) a pedido de alguien que quiere hacerles daño, por enemistad, por envidia u odio extremo. Se cura con la placenta hervida del primer hijo/a. En Kelluyo, se informó de casos de recién nacidos con anomalías, que se interpretaron como producto de hechizos. Hubo el caso de un recién

nacido con labio leporino ("*sin boca, con una sola fosa nasal y la mitad de la quijada*"), cuyos padres son de religión adventista. La mama de este niño relata:

> *"ya no podía recuperarse …desde cuatro kilos que tenía en el momento de su nacimiento ha bajado hasta tres kilos, …porque no podía lactar, …por más que le estaba dando la leche no se podía recuperar, es que no se podía dar de lactar porque cuando le hacía lactar (ch'awaña) la leche se regresaba por la nariz. La guagua ya estaba por morir siempre, no sé por qué habrá sufrido así, la leche sabe rebalsar de la nariz". (Demetria, puérpera, atendida por personal de salud, C. Pérez, Kelluyo).*

Para "*el daño*", se realiza un tratamiento ritual consistente en una "*misa de salud*"; para "*liberarse de los espíritus malos*", principalmente de aquellos considerados como "*diablos*", que tratan de "*apoderarse de los bebés*" que aún están en el vientre, así como de la madre.

Otras enfermedades. En casos de "*lastimaduras de cuerpo*", producidas por accidentes o golpes, se usan los "*lagartos*".

La abstinencia de relaciones sexuales durante la menstruación, constituye uno de los mecanismos preventivos tomados en cuenta por los varones para no ser afectados por el "*mal de la próstata*", restricción que muchas veces se viola en estado etílico.

La población de Kelluyo, para conocer la causa de las enfermedades acuden a personas que poseen el poder curativo. Estas son los *Yatiri, Qulliri o Laphi uñiri,* quienes de luego de realizar el diagnóstico (examen del cuerpo, sorteo con las hojas de coca, o sacrificio de un cuy u otro animal) proceden a realizar diversas prácticas curativas.

Actualmente, son pocas las personas que a acuden a los curanderos. La mayoría busca a familiares cercanos (padres o tíos). La demanda de atención en establecimientos de salud es baja frente a la demanda hacia personas que curan con remedios caseros.

Puno, Aymara.
ENFERMEDADES, SINTOMAS, CAUSAS Y TRATAMIENTOS

ENFERMEDAD	SINTOMA	CAUSA	TRATAMIENTO
• Coagulación de la sangre	• Mujeres se quejan de dolor de barriga	• Estar en el frío durante la menstruación	• Intervención biomédica
• Purgación en matriz y prostata	• Mujer y varón no pueden orinar	• Cargar bultos pesados • Montar bicicleta	• Examen de la vena • Sacudida del cuerpo
• Corazón volteado	• Paciente no quiere comer • Está flaco, con ojos pálidos	• Malas caídas • Jugar pelota	• Sacudida del cuerpo en una manta (varias veces), hacia atrás y hacia adelante
• Tos	• Tos crónica	• Por andar en el frío	• Mate de "ayrampu", y de eucalipto
• Fiebre	• Mucha fiebre en el cuerpo	• Mucha insolación • Exceso del calor (es como veneno) para la persona	• Poner en el cuerpo de la mujer un pedazo de bayeta negra lavado en orín hervido. Y papa amarga con sal • Tomar agua de linaza • Bañarse con hierbas espinozas y con orina
• Resfrío del cuerpo	• Miedo al frío	• Hacerse pasar con el frío • Trabajar la chacra en frío • Tomar licor expuesto al frío	• Tomar mates calientes (muña) y abrigarse bastante • Tomar desenfríol, aspirina, antalgina • Hay que sudar
• Gripe	• Dolor de cabeza • Fiebre	• Por el frío	• Bañarse con orina o con un trapo, 2-3 horas para acostarse
• Fracturas de huesos	• Dolor insoportable	• Accidentes inesperadas	• Emplasto con cuy
• Cólico	• Dolor de estómago • Cuerpo hinchado • No puede orinar	• Renegar mucho • Hacerse pasar con el frío	• Mate de hierbas • Radiografía a través del cuy
• Persona embrujada	• Debilitamiento del cuerpo	• Brujería	• Tomar la placenta del primer hijo/a, hervida
• Labio leporino	• Falta una fosa nasal y una quijada	• Adorar a Dios y no a santos	• Rito mágico-religioso
• Lastimaduras de cuerpo	• No puede dormir de noche	• Accidentes	• Hay que poner con lagartos
• Enfermedad de próstata	• Orina sangre y a cualquier momento	• Tener relación sexual mientras la esposa está con su menstruación	• Un varón, borracho no debe tener relaciones cuando su esposa menstrúa
• Dolor en columna vertebral	• No puede agacharse	• Porque varones caminan de noche y borracho	• Frotaciones y mates calientes

3.2. Relaciones entre hombres y mujeres

3.2.1. En la familia y la comunidad

La división de trabajo y las tareas según géneros con respecto a la producción agrícola, ganadera, y comercio está basada en relaciones de complementariedad entre hombres y mujeres.

Dicho valor cultural está estrechamente vinculado con el hecho de "*vivir bien*" *(suma utjasiña)*, una norma de vida que caracteriza a los/as aymaras, la misma que se fundamenta en relaciones de complementariedad, reciprocidad y solidaridad entre hombres y mujeres.

Por ejemplo; las mujeres en la familia se dedican a las labores de la cocina, el cuidado de los hijos, el pastoreo, el cultivo de la tierra para producir cebada, quinua, papa, cañihua, etc. En la comunidad, participan en los clubes de madres, donde semanalmente se reúnen y tejen frazadas, mantones, chalinas, chompas, y todo tipo de artesanías textiles, que serán vendidas en las ferias artesanales de Puno. También en ocasiones cuando sus esposos no disponen de tiempo, participan en las asambleas comunales y en los trabajos comunales .

Por su parte los varones en la familia al igual que las mujeres, asumen principalmente las tareas de cuidado, pastoreo de los ganados y labores agrícolas, asimismo van junto a las esposas a las ferias para la compraventa de ganado, también asumen las tareas complementarias en la cocina, cuidado de los hijos, etc.

Mientras que en la comunidad participan en asambleas y trabajos comunales para la construcción de aulas escolares y salones comunales.

3.2.2. En la atención del parto y del recién nacido

En la atención del parto los esposos participan directamente ayudando al partero/a y/o familiar que atiende. Influye la experiencia y eso depende de la edad, los más jóvenes tienen menos experiencia.

También pueden apoyar desde otros espacios, atizando el fuego para preparar los mates y comida para la parturienta o buscando a la persona especializada que atenderá el parto.

> *"¿El esposo?, no, él más está preocupado de atizar el fuego en la cocina no más. Yo voy a prender la fogata, voy a preparar mate, diciendo sabe salirse". (Juana. partera. Kapiya Pusüma, Kelluyo)*

Algunos esposos son afectados por la situación del parto, se asustan ante los gritos.

"…saben correrse por miedo. …Sí se necesita la presencia de ellos, pero saben correrse, no sé que tendrán, ya está gritando, yo no puedo estar a su lado, diciendo saben irse". (Juana, partera. Kapiya Pusüma, Kelluyo)

En ocasiones, la parturienta prefiere dar a luz sola con la persona que la atiende, ya que hasta la presencia de su pareja la intranquiliza y le causa temor.

"A veces hay algunas parturientas que no pueden dar a luz en presencia del esposo… En ese caso, "tengo miedo, no puedo dar a luz" dice, y ella misma sabe pedir a su esposo a que salga del cuarto, "salte ya" sabe decirle,…"no te preocupes, aquí con la tía voy a dar a luz", así dicen algunas". (Juana, partera, Kapiya Pusüma, Kelluyo)

Hay otros esposos que asumen la atención del parto mostrando una actitud solidaria hacia la parturienta, la que se encuentra en una etapa de sumo peligro según la cultura aymara.

"No he atendido a otras señoras, sólo atendí a mi señora, todos los hijos que tengo han nacido atendidos por mí nomás". (Teodoro, familiar que atiende partos. Chacocollo, Kelluyo)

Influye también el hecho de residir lejos de otros familiares y/o vecinos:

"Me ha atendido mi esposo. El me ha atendido porque vivimos solos, mi suegro vive en otro sitio, y he dado a luz por la noche y no había c a s o de ir a llamar a alguien, los dolores del parto me han empezado …por la noche del día martes, no podíamos qué hacer porque hemos estado los dos nomás con mi esposo, claro que él quería ir en busca de mi suegro, "voy" me dijo, "no, mejor no voy porque capaz puedes tener problemas" me dijo después. Por eso él nomás me ha atendido. Yo no podía dar a luz, él me ha sacudido repetidas veces y así logré dar a luz". (Alipia, puérpera atendida por familiar. Kapiya Pusüma, Kelluyo)

Hay algunos esposos que no colaboran:

"El que tiene que atender es su esposo, ese nomás debe atender. Hay algunos que nos ayuda, pero otros no quieren ayudar". (Teodoro, familiar que atiende partos. Chacocollo, Kelluyo)

Se ha podido constatar que la mayoría de mujeres en las familias aymaras dan a luz a sus hijos/as atendidas por sus esposos. Cuando el parto se complica y el esposo ya no puede manejarlo, manda a buscar al personal de salud.

> *"Entonces mi esposo nomás estaba pendiente de mí. Y cuando ya yo no podía dar a luz recién había ido a llamar a Samuel (Sanitario)". (Agustina, puérpera atendida por familiar. Chacocollo, Kelluyo)*

3.2.3. Valoración y autoestima en hombres y mujeres

Según las mujeres, la mujer que se mantiene soltera hasta los veinticinco a treinta años "*vive bien, alegre, feliz*", es decir sana, no se enferma y goza de buena aceptación entre las demás mujeres.

> *"Aquellas que hasta los 30 ó 25 años de edad siguen solteras. Ellas viven felices porque no tienen hijos, ni esposo en quien pensar". (Grupo focal: mujeres de 30 a 49 años. Mayku Phuju, Kelluyo)*

Los varones prefieren mujeres "*trabajadoras y laboriosas*", tanto al interior de la familia como en la comunidad. Para ellos es importante que una mujer realice trabajos con mucha habilidad y destreza, que "*sea madrugadora, que sepa hacer de todo*".

> *"Los varones admiran a las mujeres que son hábiles para los trabajos. prefieren a la mujer trabajadora y a la mujer que tiene buen carácter. A ellas prefieren, como nosotras que admiramos a la mujer de buen carácter siempre". (Grupo focal, mujeres de 30 a 49 años. Mayku Phuju, Kelluyo)*

Las mujeres que abandonan a sus hijos/as o dejan de cocinar o las que ya no quieren lavar ropa, son despreciadas y criticadas tanto por las propias mujeres como por los hombres.

> *"Pueden ser criticadas cuando éstas abandonan a los hijos, cuando dejan de cocinar y lavar la ropa...". (Grupo focal, mujeres de 30 a 49 años. Mayku Phuju, Kelluyo)*

Por otro lado, los varones consideran que un hombre se "*gana el respeto*" cuando "s*abe vivir bien*" dentro de la familia y la comunidad en armonía con su esposa e hijos/as. Debe ser "*ejemplo para los demás":* dirigente con iniciativa propia y defensor de la comunidad. También consideran que las mujeres prefieren a hombres que son "*humildes*", que "*sacan la cara*" por su esposa , que la apoyan, que estiman a su familia y que son "*ejemplo*" para la comunidad.

> *"Debe saber vivir bien en la comunidad, debe ser un ejemplo para los otros, y que sea dirigente en la comunidad, que le guste preocuparse de tomar iniciativas en cualquier aspecto, entonces a ese tipo de varón sí podemos respetar como un buen varón …Puede ser un buen varón si con sus hijos y con su esposa sepa vivir bien sin pelear… Algunas mujeres muestran su preferencia hacia aquel varón que es humilde, al que saca cara por su esposa, al que ayuda bien a su esposa, a ellos, Las mujeres buscan a aquellos varones que saben estimar bastante a su familia…". (Grupo focal, varones de 20 a 49 años. Chacocollo, Kelluyo)*

3.3. La mujer y el varón sanos

Una mujer sana se caracteriza por llevar una *"vida tranquila y alegre sin causar preocupaciones*" especialmente a los que viven junto a ella y asume "*sin problemas"* las actividades del quehacer cotidiano.

> *"Para mí las mujeres sanas viven bien nomás, no?, porque cuando se enferman son una preocupación más para los hijos, es una preocupación para todos. Cuando está sana está bien nomás, normal pueden pastear los ganados, lo que no podrían hacer si se enferman porque ahí ya se quedan en la casa nomás". (Teodoro, familiar que atiende partos, Chacocollo, Kelluyo)*

Según los varones aymaras, las mujeres sanas se mantienen en buen estado de salud y *"no crean conflictos a sus esposos por celos".*

> *"Las mujeres sanas saben querer a la gente y es bien alegre, ellas no pueden estar tristes, viven bien alegres con los hijos y con el esposo sin enfermarse". (Grupo focal, varones de 20 a 49 años. Chacocollo, Kelluyo)*

Sus características físicas y emocionales son reconocibles, pues ellas viven "*alegres y sonrientes, no sienten pena*", muestran "*buen estado de ánimo*" para interactuar con los demás, "*saben estimar y sentir a la gente*".

> *"Ella es buena, da ganas de conversar con ella porque nos habla bonito. Ella vive alegre sin pena. En cambio, cuando estamos enfermas no podemosestar alegres y vivimos con mucha pena". (Grupo focal, mujeres de 30 a 49 años. Mayku Phuju, Kelluyo)*

El varón sano según las informantes, al igual que la mujer, "*vive alegre*", trabaja y se alimenta, trabaja en la chacra, asume la crianza de animales. Tiene "*aprecio y sentimiento*" hacia otras personas.

> *"El varón sano vive alegre, sólo si está enfermo puede estar con pena; a veces no más se preocupan (tienen pena) por algo. El varón sano trabaja y se alimenta. A ellos no les puede afectar enfermedad alguna". (Grupo focal, mujeres de 30 a 49 años. Mayku Phuju, Kelluyo)*

Según las aymaras, los varones "*siempre son sanos*", no tienen razones para estar enfermos, salvo sufran algún accidente; "*ellos no dan a luz como las mujeres para estar enfermos*".

> *"Los varones son sanos siempre, no pueden estar enfermos, acaso ellos saben dar a luz como nosotras, para que estén enfermos. Sólo pueden estar enfermos si sufren algún accidente". (Grupo focal, mujeres de 30 a 49 años. Mayku Phuju, Kelluyo)*

3.4. Las imágenes de la reproducción

3.4.1. Menstruación

Nuestras informantes señalan que las mujeres ya tienen su menstruación; la "*sangre del mes*" *(phaxsi wila / ch'axmi)* entre los once a dieciséis años. Su inicio varía de acuerdo al cuerpo de cada mujer. En aquellas "*cuyo cuerpo es débil y su edad inmadura*" se adelanta la menstruación. La edad de inicio de la menstruación, guarda relación con el envejecimiento de la mujer, las que menstrúan prematuramente, "*envejecerán más rápido*".

"Se adelanta en aquellas que son muy jovencitas, en cambio a las que son poco maduras (jila marani) no se les adelanta mucho… Las que tienen su menstruación a temprana edad llegan a envejecerse rápido (chuymankiptixa). Y las que tienen su menstruación en edad regular no se envejecen rápido, son bien resistentes, se conservan más". (Juana, partera. Kapiya Pusüma, Kelluyo)

Cuando las mujeres menstrúan sufren algunos cambios en el estado físico y anímico de su cuerpo. Se sienten "*debilitadas, tienen temor al frío y al calor*".

La función principal de la menstruación, es permitir tener hijos/as. Señalan que la menstruación se forma desde "*las diferentes arterias de la sangre en la parte de la matriz*", aunque hay quienes consideran que "*viene del riñón*". Esto lo conocen por observación en animales.

"Nosotros todo eso conocemos porque a veces sabemos ver en los animales". (Teodoro, familiar que atiende partos. Chacocollo, Kelluyo)

La cantidad de sangre que se pierde tendría relación con el sexo de la guagua, si la menstruación se produce con bastante sangre y dura más, significa que se formara un varón, en tanto que si dura menos tiempo y hay menor cantidad de sangre, corresponderá a una mujer.

"…Lo normal es que baje una media semana, por decir hasta el día jueves, pero en otros casos sigue viniendo la sangre. Ahí, en esos casos es que se sabe, por ejemplo para la guagua varón viene bastante sangre (más días de menstruación), y es guagua mujer cuando la menstruación es normal (menos días ó media semana)". (Juana, partera. Kapiya Pusüma, Kelluyo)

La menstruación, es considerada como "*el parto menor*" *(sullka partu)* de las mujeres. Por tanto son días especiales, en los que se debe cumplir una serie de cuidados y normas culturales. Parte de las pautas de cuidado están vinculadas al frío. No deben tener contacto con el agua, de lo contrario la sangre puede "*coagularse*", causando trastornos en el cuerpo de la mujer.

"A eso le conocen como el parto menor (sullka partu), y entonces hay que cuidarse, dicen. Dicen, que los abuelos respetaban mucho a eso (la men-

struación) y nosotros seguimos con esa costumbre nomás". (Grupo focal, varones de 20 a 49 años. Chacocollo, Kelluyo)

Asimismo, deben evitar participar en actividades agrícolas pues malograría la producción.

"No debe hacer la chacra. Malogra la chacra. A la papa le afecta el "Qasawi", se malogra la papa, no es bueno para la semilla de quinua, para eso no es bueno". (Juana, partera. Kapiya Pusüma, Kelluyo)

Como la función principal de la menstruación es permitir tener hijos/as, las mujeres deben abstenerse de relaciones sexuales, porque el período de la regla es el de mayor fertilidad. Además para no quedar embarazada, una mujer tiene que cuidarse de "*cruzar el agua*" o de pasar por un lugar donde haya orinado un varón. Cuando la menstruación se retira (menopausia) ya no se puede tener más hijos.

3.4.2. Fertilidad y concepción

La etapa de la fertilidad comienza con la menstruación, considerada el período fértil de la mujer. Si se producen relaciones sexuales *(jucharu puriña)* en este período quedará embarazada "*con toda seguridad*".

"Llegan a embarazarse en los casos en que tienen relación sexual en los días en que baja la menstruación, eso ocurre tanto para la guagua varón o mujer". (Juana, partera. Kapiya Pusüma, Kelluyo)

Antiguamente, se consideraba que las mujeres se embarazaban por "*el viento, al pasar por el agua, o por la orina de un varón*".

"La Lorenza sabe contarme: He tocado las manos al agua, he entrado al agua por eso he llegado a tener guagua, así sabe decirme. Otra, acá la Martina sabe decir: Yo me he sentado hacia el viento y por eso ahora tengo guagua para el viento". (Juana, partera. Kapiya Pusüma, Kelluyo)

La "*semilla*" (semen) del varón, es el elemento que determina la fecundación de la mujer. Es definida por los informantes como un líquido de color

blanco *(janq'u lichi)* que se produce cada vez que un varón tiene relaciones. Un familiar que atiende partos considera que los varones no saben muy bien que es la semilla y dónde se produce.

> *"Esa semilla que tienen los varones es como un líquido que botan y eso …embaraza a una mujer. Ese líquido conocen todo los varones pero no saben bien de dónde se produce. Es un líquido de color blanco (janq'u), es parecido al moco… Y sale cada vez que el varón tiene relación sexual con la mujer, y puede salir nomás cuantas veces el varón tenga relaciones sexuales". (Teodoro, familiar que atiende partos. Chacocollo, Kelluyo)*

Los resultados de la fecundación se notaran dos a tres meses luego de la suspensión de la menstruación. Además se presentan cambios como náuseas, vómitos, debilitamiento del cuerpo, sueño, dolor de cabeza, mareos y pérdida de apetito.

> *"Yo sé darme cuenta porque bien claro se me sabe perder mi sangre, ya sé darme cuenta de dos meses, incluso ya de un mes que se me sabe perder la sangre ya sé notarme que estaba esperando una guagua. (?) Solamente no sé querer comida, me daba ganas de vomitar nomás, no tenía ganas de comer, no sé por qué será así. Por eso sé darme cuenta que ya estaba embarazada. Sé estar durmiendo nomás, me sabe dar sueño nomás". (Alipia, puérpera atendida por familiar. Kapiya Pusüma, Kelluyo)*

3.4.3. Prácticas anticonceptivas

Casi la totalidad de informantes, manifiestan persistentemente la abstinencia de relaciónes sexuales durante la semana en que la mujer menstrúa.

> *"No puede tener relación sexual durante toda la semana, …debe cuidarse obligatoriamente esa semana, la mujer no puede tener relación sexual con el esposo". (Juana, partera. Kapiya Pusüma, Kelluyo)*

Existe un margen de duda sobre este procedimiento, en tanto las mujeres perciben que pese a cuidarse durante los días de la menstruación, continúan teniendo hijos.

La partera de esta zona refiere el uso de la plantas *"mula sik'i"* y *"qhincha mali"*, que se usan durante la menstruación. Se pueden comer o tomar como mate, las jóvenes deben tomar esos mates desde los 14 o 15 años para no tener hijos.

> *"Para eso en la pampa hay una planta denominada "Mula Sik'i". Yo por ejemplo comía esa planta y por eso tengo cinco hijos nomás. Eso me contaba mi abuela: -Ustedes para qué van a tener hijos, para no tener hijos hay que comer eso (Mula Sik'i) nomás-, nos decía. Solamente unos cuatro de esas plantas, o tres plantas, así nomás. Hay también otra planta que se llama "Qhincha Mali", es una yerba parecido al pasto. Tomo esas dos plantas. Esa planta hay que tomar en el mate". (Juana, partera. Kapiya Pusüma, kelluyo)*

Asimismo las mujeres indican que para no tener hijos, una mujer que menstrúa no debe tener relaciones sexuales en los días en que caen las fases de la luna, como son; la luna llena *(urt'a)*, la luna nueva *(jayri)*, el cuarto creciente *(sunaqi)* y cuarto menguante *(q'ara)*.

3.4.4. Menopausia

Se expresa con la suspensión y desaparición de la menstruación. Las mujeres dejan de tener hijos al pasar los cuarenta a cincuenta años de edad en promedio. A estas mujeres se les conoce como *"mujeres sin guagua"*, no tendrán más guaguas, porque en su cuerpo "*ya no tendrán sangre*" que pueda bajar cada mes (menstruación) y además son de edad avanzada.

> *"Le llamamos que es mujer sin guagua. Nosotros pensamos que ya no tienen hijos porque ya es de edad avanzada, y que ya no debe tener sangre (menstruación) en el cuerpo". (Grupo focal, mujeres de 30 a 49 años. Mayku Phuju, Kelluyo)*

Si la menstruación se inició a temprana edad, ingresará a la menopausia a los cuarenta años de edad. Pero si menstruó por primera vez a los dieciséis años (en promedio) podrá tener hijos hasta los cincuenta años.

"Una mujer puede tener hijos hasta los 50 años, si su menstruación haya sido a los 16 años. Si su menstruación ha sido a los 12, 11 años, solamente puede tener hijos hasta los 40 años". (Grupo focal, mujeres de 30 a 49 años. Mayku Phuju, Kelluyo)

Las mujeres aymaras que pasaron la experiencia del período de la menopausia refieren sentirse "*aliviadas*", ya que no tedrán que cuidar hijos, pueden dedicarse a los nietos y realizar otras actividades con mayor libertad. Ellas se sienten "*alegres y ágiles*" para cualquier trabajo.

"Ya siquiera descansamos un poco porque con la guagua es difícil. Con la guagua no se puede hacer nada. En cambio, ellas sin guagua están bien no más. Ellas son alegres porque ya no tienen que cargar a las guaguas. Ya son bien ágiles, alegres, las que tenemos guagua sufrimos mucho". (Grupo focal, mujeres de 30 a 49 años. Mayku Phuju, Kelluyo)

Sin embargo, notan que son abuelas, que presentan arrugas y tienen menos fuerza, empiezan a "*preocuparse y tienen pena*". Indican además que ya no tienen relaciones sexuales, porque los esposos son también de edad avanzada.

"Ya somos abuela (tayka), ya tenemos arrugas (sip'u) en la cara, y empezamos a preocuparnos. Ya con edad no tenemos relación sexual porque el esposo también es de edad". (Grupo focal, mujeres de 30 a 49 años. Mayku Phuju, Kelluyo)

3.5. Parteras/os y familiares

Las parteras/os son personas por lo general de edad, que pese a la influencia de los valores socio-culturales occidentales aún poseen y manejan conocimientos sobre la atención de las mujeres en edad fértil, durante la gestación, el parto o el puerperio, así como al recién nacido. Los familiares que atienden partos también poseen y manejan los conocimientos mencionados. La diferencia radica en un menor grado de especialización y experiencia frente a las parteras/os.

La cobertura de atención de las parteras/os rebasa el ámbito familiar, pues además de atender a gestantes, parturientas, puérperas y recién nacidos en su

familia (nuclear y extensa), brindan sus servicios a las familias de la comunidad donde viven. Incluso salen a otras comunidades de su distrito e incluso viajan a ciudades costeñas para atender a familias aymaras migrantes.

> *" …en Tacna tengo como veinte partos atendidos. Aquí atendí a mi sobrina Catalina por dos veces, a la Consuelo atendí dos veces (partos), a la esposa del hermano Marcos también he hecho dar a luz, después atendí también a la Marcela que vive aquí arriba, a la Sabina mas bien no le atendí en el parto pero le sacudí, a mi sobrina María mas bien he hecho dar a luz a su primer hijo(a), también atendí a la nuera del hermano Dámaso, a su esposa del Miguel también he hecho dar a luz pero su hijo nació muerto, así fue, después atendí también el parto de la nuera de Evaristo pero no sé qué se llama esa señora". (Juana, partera. Kapiya Pusüma, Kelluyo)*

La cobertura de los/as familiares que atienden partos (en los que predomina el esposo) llega solo hasta la familia nuclear o extensa. Es el caso del esposo que atiende el parto de su esposa, o el padre o madre que atienden los partos de las hijas, las nueras y las sobrinas ocasionalmente.

> *"A mis hijos mayores sé hacer nacer, en esos años los parteros (thalirinaka) saben cobrarse, igual era las Postas, pero no sacudían bien, no. Por ejemplo vamos a decir, mi Katy ha nacido en Tacna, y en eso sabemos suplicar a una señora que nos decía que era partera, pero ella no sabía, en vano ha hecho sufrir por dos días, por eso. …me he dedicado a atender partos". (Teodoro, familiar que atiende partos. Chacocollo, Kelluyo)*

Estos familiares aprendieron las técnicas de atención de parto para no "*molestar*" a los/as parteros/as. La "*molestia*" tiene que ser retribuida con un pago que muchas veces no pueden cumplir.

> *"Yo inicié a atender parto así por mi propia cuenta nomás. Más antes teníamos a mi suegro a quien siempre le teníamos que molestar para que pueda atender en la sobada. Y él es quien nos enseñaba las técnicas que había que realizar para sobar (qaxuña). Yo sé sobar (atender parto) porque aprendí de ese mi suegro. Como quiera que cuando se le molesta a alguien para sobar (para que pueda atender parto) hay que pagarle, por eso yo*

aprendí a sobar. Y entonces empecé a atender yo misma los partos de mis hijas". (Saturnina, familiar que atiende partos. C. Pérez, Kelluyo)

Las parteras informan que aprendieron de otras parteras observando la atención de partos . Comenzaron ayudando a mujeres que sufrían la "*purgación de la matriz*".

"Eso aprendí así sacudiendo nomás, aprendí curando la purgación de la matriz nomás. Así nomás he aprendido. Después aprendí también viendo como sacudían". (Juana, partera. Kapiya Pusüma, Kelluyo)

Las parteras/os tienen mayor tiempo de experiencia que los familiares que atienden partos. Existen casos de parteras con más de cuarenta años atendiendo, mientras que los familiares solo atendieron partos de familiares cercanos, con una experiencia referida de diez partos como máximo.

"Yo atendí los partos de mis dos hijas. Más bien no fui a atender el parto de mi hija que radica en la ciudad de La Paz, solamente fui a sobarle antes del parto. He ido varias veces y en una de esas oportunidades es que sobé a mi hija. Estando en ahí (La Paz), también he tenido la oportunidad de sobar a la señora comadre de esa mi hija. A mi nuera también sé sobarle, pero ahora esa mi nuera ya no tiene más hijos". (Saturnina, familiar que atiende partos. Pérez, Kelluyo)

Las parteras/os no tienen una tarifa establecida, se sujetan a la "*voluntad*" de cada beneficiaria/o. Pueden recibir pagos en dinero o en especies como productos alimenticios. Por su parte los/as familiares manifiestan no tener la costumbre de recibir pagos en dinero.

"Ellos saben pagarme según su voluntad nomás, algunos me pagan unos cincuenta soles, otros me dan una propinita de tres soles …me ha convidado chuño nomás…, como una lavadorita (la manita), no es una lavadora tan grande sino es regular nomás. No, no es ni una arroba, debe ser un kilo y medio nada más. Así nomás me ha convidado, y un poco de cebada (grano) más plata, me ha regalado cinco soles nomás". (Juana, partera. Kapiya Pusüma, Kelluyo)

Según las parteras, ellas no han tenido la necesidad de derivar parturientas hacia los establecimientos de salud. Excepcionalmente se solicita ayuda del personal de salud para solucionar alguna complicación en los partos atendidos por parteras/os.

> *"Sé atender bien nomás. Solamente el Dios sabe cómo atiendo yo el parto… -Dios, tu vas a salvar a esta mujer del parto, yo no soy quien para poner la mano, tu vas a meter la mano, tu me vas a prestar tus manos para salvar a esta mujer de su parto, con tu mano voy a curar-, así sé pedirme de Dios…, no puedo ir sin permiso, siempre atiendo con la licencia de Dios". (Juana, partera. Kapiya Pusüma, Kelluyo)*

Algunos familiares que atienden partos también han logrado cierta experiencia, frente a algunas complicaciones que se presentan en los partos.

> *"Cuando ya no puede dar a luz en ese caso había sido bueno sacudir en una frazada, y eso es según los minutos, puede ser en diez minutos en que se levante el dolor (wayti waytiri), y eso había sabido llegar hasta unos dos minutos y en ese momento necesita de nuestra ayuda. Hay que ayudarle en ese momento, hay que agarrar la posición de la guagua para ver en qué lado se encuentra, y en el momento que está haciendo fuerza se le ayuda y entonces ya se salva del parto". (Teodoro, familiar que atiende partos. Chacocollo, Kelluyo)*

Señalan las parteras que es parte de su ética no visitar las casas con el propósito de captar pacientes u ofrecer remedios medicinales con fines lucrativos.

> *"Es que vienen a suplicarse, sí, atiendo porque vienen a solicitar mi servicio, nunca sé ir si no piden que les atienda, no sé ir si no me solicitan, no sé ir por mi propia cuenta, sé ir porque ellos mismos se suplican para que les atienda. No, solamente sé atender si me suplican a que les atienda". (Juana, partera. Kapiya Pusüma, Kelluyo)*

Existen casos en que las parteras/os se desligan de la atención, para evitar comprometerse en problemas que puedan surgir si algún parto se complicara.

Recogimos el relato de una partera que desde hace algún tiempo ha dejado de ejercer.

> *"…mas antes ya he dejado de atender parto, les dije que ya tenían que buscarse otra partera porque yo ya no les iba a atender. Yo les dije que para mí sería un problema si alguna señora tenga complicaciones en el parto, ya tenía miedo, desde entonces me negaba atender parto. Y después me han sugerido diciendo: "Cómo vas a dejar de atender parto, ese don te ha dado Dios y por tanto no puedes dejar de atender, tu deber es salvar la vida de la gente, Dios te ha dado ese poder". (Juana, partera. Kapiya Pusüma, Kelluyo)*

Para mantener el prestigio ganado no acostumbran "*hacerse rogar*", pese al temor a las complicaciones. Prefieren ser amables con todas las personas que acuden solicitando sus servicios .

> *"se dan cuenta al verme, porque hay algunos con corazón malo (sin sentimiento). A mi no me gusta ser rogado (qhurusiña), no me gusta ser rogado. Me vienen a decir "sacúdeme pues", "ya" le digo, "y si no puedo" así le digo". (Juana, partera. Kapiya Pusüma, Kelluyo)*

Las parteras aymaras durante la atención del trabajo de parto, utilizan diversas prácticas y técnicas para facilitar el parto de la parturienta, tales como "*la sacudida, el acomodo del bebé, el sobado*" y otras.

> *"Sé sacudir nomás a la señora por todo los lados de su cuerpo, sé dar instrucciones para que se acomode en una posición que facilite el trabajo de parto, sé pedirle que se ponga en posición de cuclillas apoyándose con las manos y con piernas un poco abiertas; hay que sobarle bien hacia la barriga y sujetarle con las manos de los sobacos, y hay que presionar de la barriga para que pueda a dar luz? hay que acomodar bien bonito a la guagua hasta que su cabeza y sus pies se encuentren en una posición normal". (Juana, partera. Kapiya Pusüma, Kelluyo)*

Por su parte los familiares que atienden partos igualmente realizan distintos procedimientos para lograr que la parturienta "*salve*" el parto.

"Primeramente hay que hacerle tomar un mate, aquí tenemos una yerba llamada "q'ila" (?); también hay que hacer un sahumerio con incienso a la casa para que pueda calentar". (Teodoro, familiar que atiende partos. Chacocollo, Kelluyo)

Las palabras tiernas son fundamentales en el trato que las/os parteras/os brindan a las gestantes, parturientas o puérperas.

"No hay que decirle con palabras fuertes, ahí es importante tener palabras dulces". (Juana, partera. Kapiya Pusüma, Kelluyo)

En el distrito de Kelluyo son pocos los parteros/as que han recibido algún nivel de capacitación por el personal de salud para la atención del parto. El grupo capacitado es considerado por parte del personal de salud como "*parteros/as*", mientras el grupo que solo maneja conocimientos tradicionales (la mayoría), son denominados como "*parteros/as empíricos*".

Una partera relata que nunca tuvo la oportunidad de capacitarse:

"Nunca me he capacitado, en este último parto que atendí ahí nomás tuve la oportunidad de conversar con el personal de salud, y me han dicho: "tu debes registrarte como partera para obtener un papel (certificado)", "tu debes asistir (a la capacitación)" me dijo, "por qué no asistes" así me dijo, "tu estas perdiendo, cómo vas a desaprovechar si había atendido tantos partos" así me dijo". (Juana, partera. Kapiya Pusüma, Kelluyo)

4. LOS PROCESOS DE SALUD REPRODUCTIVA RELACIONADOS CON EL PARTO

Los principales hallazgos en ambas zonas evidencian un sustrato cultural andino común y algunas particularidades propias de su pertenencia a una determinada etnia o a la influencia diferenciada de procesos tales como las migraciones, la pauperización del campo, la aculturación y/o deprivación cultural.

4.1. Atención del parto

Los partos son atendidos por parteras/os y familiares. Ellas son personas mayores, algunas incluso ancianas, que aprendieron el oficio desde muy jóvenes ayudando a otros parteros/as. Actualmente se observa la tendencia a que los familiares cercanos (sobre todo el esposo) sean los que atiendan el parto, diferenciándose de los anteriores por tener una menor especialización y experiencia.

En ambas zonas existen parteras/os capacitados por el MINSA. Es difícil saber su número exacto, porque el registro del personal de salud es mucho más extenso que lo que comenta la población. Los únicos parteros reconocidos por el MINSA son los *"capacitados"*, estos tienen una actitud positiva hacia las enseñanzas recibidas, aunque señalan que no reciben apoyo en cuanto al material técnico necesario.

4.2. La gestación

Sobre el proceso de la gestación se identifican como signos y síntomas: dolor de cabeza, mareos, náuseas, vómitos, hinchazón de pies, sueño, debilidad, y "*movimiento de la guagua en la barriga*".

Hay consenso respecto a que el feto se forma en "*el vientre*" y *"la matriz"*. Las gestantes deben evitar "*cargar pesos", "hacer trabajos pesados"* en la chacra, exponerse al calor y el frío, beber alcohol. Las aymaras agregan que es riesgoso coser, ovillar o tejer porque puede "*tejerse o coserse la matriz*" y complicar el parto. Tienen que alimentarse bien, tomar mates calientes (zona aymara) y hacer ejercicios (zona quechua). Es frecuente la referencia a que las múltiples responsabilidades y tareas de las mujeres impiden cumplir con todos los cuidados pautados culturalmente.

Como problemas más frecuentes en el embarazo se identifican: los dolores (de cabeza, estómago, "*costado*" y espalda), la "*hinchazón de pies*", la mala posición del bebé, el parto prematuro y el aborto. Todos ellos responden a la causalidad émica relacionada con el no cumplimiento de cuidados pautados. La "*agarrada de la tierra*" aparece especialmente en la zona quechua.

El control prenatal en la zona quechua se realiza en los establecimientos de salud, sin embargo esto tiene cierta resistencia familiar y no siempre se inicia los primeros meses.

En la zona aymara, hay referencias de asistencia por el partero/a para el control prenatal, al mismo tiempo que por los establecimientos de salud. La visita a los servicios de salud busca ser estimulada en base a la estrategia de vincular el control con la entrega de papilla para los niños, o mediante la búsqueda activa de gestantes por el personal de salud.

4.3. Parto

El parto es mayoritariamente domiciliario, atendido por familiares (esposo, madre, suegra) y/o parteras/os. Se lleva a cabo en un ambiente cálido, cerrado, abrigado.

En la zona quechua preparan una carpa dentro de la casa; y en la zona aymara utilizan como cama el "*patati*", plataforma de arcilla cubierta con la "*karuna*", (colchón de mantas, trapos y cueros hecho especialmente para la parturienta). La presencia de familiares cercanos es fundamental para proporcionar apoyo moral y soporte físico, así como para la búsqueda de ayuda cuando la situación lo requiera.

Los preparativos para el parto son asumidos por el esposo, la madre o la suegra, ellos alistan la ropa del bebé, los mates y la comida para el puerperio.

Cuando la parturienta comienza a sentir dolores muy fuertes, se acuesta en la cama y el esposo u otro pariente buscan ayuda. La persona que atiende el parto controla la posición del bebé mediante el "*toque de la vena*", la observación de la coca o la palpación de la barriga. Si el feto está en mala posición procede "*al acomodo, la sobada o manteo*". Asimismo tranquiliza y apoya a la mujer.

El avance del trabajo de parto es percibido por la parturienta desde que el dolor aumenta y comienza a sentir deseos de pujar; la partera/o controla la frecuencia e intensidad de las contracciones y el incremento de calor corporal.

Las posiciones identificadas para el parto son fundamentalmente verticales: "*arrodillada, en cuclillas, en cuatro pies, sentada*"; en ambas zonas mencionan que en algunas oportunidades dan a luz "*acostadas*". El respeto hacia la preferencia de la mujer por una determinada posición en el parto domiciliario se resume en la expresión "*como ellas quieran*".

Los quechuas utilizan mates de hierbas para favorecer la dilatación y acelerar el parto. Los aymaras mencionan además otros recursos: "*beber vino caliente, frotar la barriga con coca, caminar*"; para que "*guarde fuerzas*" para el expulsivo recomiendan "*cerrar la boca y respirar por la nariz*".

Para detectar el momento del nacimiento, la partera aymara examina las venas de ambas manos de la parturienta; el partero quechua (capacitado) examina con la mano por debajo de la frazada, tocando la cabeza del bebé. En este período no hay ningún procedimiento de prevención y tratamiento para el desgarro perineal.

Hay consenso en que el bebé "*cae solo*" sobre la cama del parto, se le levanta la cabeza para que no aspire la sangre, es envuelto y se espera que salga la placenta para el corte del cordón.

La persona que atiende el parto percibe el desprendimiento de la placenta, porque la parturienta refiere nuevamente dolores "*como de parto*". Habitualmente se limita a esperar, pero si demora masajea el útero y proporciona mates de hierbas. Las referencias respecto al tiempo de espera , van desde una hora hasta nueve horas y sólo después se recurre a la derivación a un servicio de salud. A veces por problemas de movilidad la mujer puede llegar a morir.

La disposición de la placenta se realiza con más cuidados en la zona aymara: es lavada, quemada y enterrada "*a la sombra, en un lugar donde no reciba calor*", lejos del sol. En la zona quechua también se lava la placenta, pero su destino es diverso; en algunos casos la queman, en otros la cocinan y se la dan a los perros. Esto llama la atención, teniendo en cuenta el poder atribuido a la placenta y los perjuicios que puede causar si no es tratada adecuadamente.

El eje de las complicaciones en el parto, es el parto prolongado. Para los quechuas la causa es la constitución débil de la mujer. Los aymaras manifiestan diversas razones tanto físicas (exposición excesiva al calor del sol o de la cocina, esfuerzos físicos, falta de movimiento), como relacionadas con la alimentación (inadecuada o insuficiente), también se considera dentro de las causalidades la ausencia de control prenatal (tradicional y/o biomédico) y a veces causas mágicas (coser, ovillar o tejer durante la gestación). Si ninguna de las soluciones tradicionales emprendidas funciona, se recurrirá en última instancia a los servicios de salud, a veces demasiado tarde.

4.4. Puerperio

Es un constante el hecho que la madre deba sujetarse a una serie de cuidados (alimentación, mates calientes, baños de hierbas, etc.), los que parecen ser más prolongados y estrictos en la zona aymara. El tiempo de descanso dentro de la vivienda es de quince días a un mes. Si no se cumplen estas precauciones, ambas

etnias coinciden en señalar que la mujer enfermará de "*sobreparto*", "*recaída*" o "*rikayra*" (probablemente un tipo de infección urinaria). Para esta dolencia todas las soluciones son émicas: mates, baños, oraciones, dieta, frotaciones. Opinan que la medicina occidental no cura estas enfermedades.

4.5. Recién nacido

El recién nacido es lavado con agua de hierbas "*con un trapito*" *o "con mechones de cabello"* (aymara); es vestido y envuelto para ser colocado junto a la madre o a sus pies. No se le saca al exterior porque le puede "*entrar el frío*" *o "se puede asustar"*. El único problema de salud mencionado en esta etapa, es el dolor de estómago del recién nacido, por lo cual se acude al establecimiento de salud. Le dan de lactar en cuanto llore o después de un día "*para que no coma mucho*". En la zona aymara hay una referencia a dar de inmediato el calostro para que "*sea fuerte*".

5. INTERRELACIÓN ENTRE LOS SISTEMAS TRADICIONAL Y BIOMÉDICO

Un punto clave dentro de los hallazgos es la interrelación y percepción mutua entre ambos sistemas de salud, tradicional y occidental.

5. 1. Personal de salud

Se pueden señalar algunas diferencias entre el personal de salud ubicado en las zonas quechua y aymara. En la primera se encontró personal con poco conocimiento de la idiosincracia y costumbres locales, falta de interés por conocer más a la comunidad, y referencias a mal trato al usuario evidentes incluso en la propia versión del personal. En la segunda, conocen bastante el sentir y actuar de la población, sus creencias y recursos de salud y han estado presentes en algunos partos domiciliarios atendidos por parteras. Sin embargo su actitud es aún desvalorizadora y poco respetuosa de la cultura local.

En ambas zonas, el personal percibe los motivos por los cuales la gente acude a los servicios y también por qué no asiste. Las gestantes asisten mayormente al control prenatal en la zona quechua condicionadas por la entrega de

alimentos del Programa PANFAR o para diagnóstico del embarazo; en menor grado para el control propiamente dicho. En la zona aymara la asistencia se debe al trabajo de los promotores de salud capacitados por los establecimientos.

Para el parto recurren a los establecimientos de salud sólo si hay complicaciones y después de haber seguido el itinerario usual de atención: primero con familiares, luego con la partera/o y por último al servicio de salud.

Hay consenso en cuanto a identificar las barreras que impiden el acceso de las mujeres a los servicios. Entre ellos tenemos: la accesibilidad (distancia excesiva, costos), limitaciones de la infraestructura (ambiente reducido y frío) y referencia al personal (presencia de personas "*extrañas*" y/o de sexo masculino). La consulta en sí misma y sus procedimientos forman parte también de las barreras (excesivo tiempo de espera, tipo de cama, posición ginecológica, tacto vaginal, episiotomía, lavado perineal, puerperio inmediato muy corto).

La mayoría de las prácticas tradicionales son consideradas potencialmente riesgosas por el personal de salud en ambas zonas. Las objeciones tienen que ver sobre todo con la falta de higiene y asepsia tanto en el ambiente como de las manos de quienes atienden el parto, asimismo en los objetos e instrumentos utilizados. Se observa críticamente el exceso de procedimientos "no viables" desde el enfoque biomédico (mates calientes con función oxitóxica, demasiada presión sobre el abdomen, masajes o acomodos bruscos, espera prolongada para la salida de la placenta, desatención del recién nacido).

Algunas de las prácticas aceptadas e incluso integradas en ciertos establecimientos son: el ambiente cálido y abrigado, la presencia del esposo y/o familiares cercanos, la posición de cuclillas, el consumo de algunos mates y la entrega de la placenta a los familiares para su disposición según las costumbres locales. Esto denota los cambios que están operando en uno y otro sistema en una especie de sincretismo sanitario. Sin embargo estos cambios parecieran ser motivados por una necesidad práctica del personal de salud para aumentar las coberturas de atención, mas que por un legítimo reconocimiento y respeto a las pautas culturales de la comunidad.

El personal de salud plantea algunas propuestas para mejorar la calidad de los servicios: la educación a la comunidad, la capacitación continua de los parteros/as y el personal de salud en el manejo de emergencias obstétricas; la vinculación efectiva de parteras/os con el personal de salud; la coordinación con las autoridades comunales; la adecuación de los horarios a las posibilidades de la población y mejoras del transporte.

5.2. Percepciones de la población

Las mujeres manifiestan como motivo de asistencia al control prenatal, además de obtener alimentos, el miedo a las sanciones y las multas. En cuanto al parto, la versión de la población coincide con la del personal de salud, sólo se acude en caso de complicaciones. Si "*todo está normal*", el parto es domiciliario a la usanza tradicional.

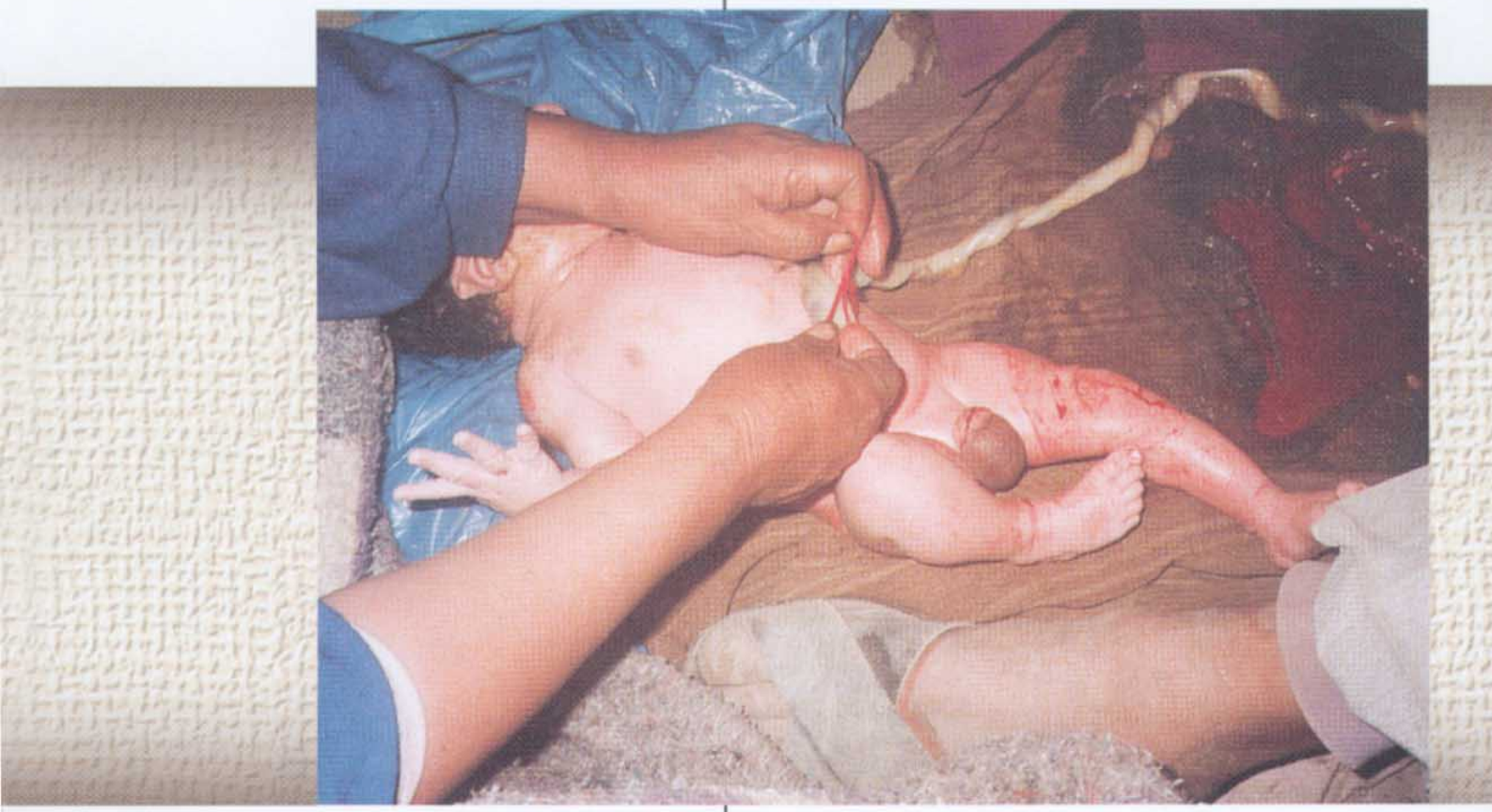
Además de las barreras ya señaladas por el personal de salud, las mujeres expresan otras situaciones que dificultan su acceso a los servicios. En la zona quechua aparecen referencias directas a maltrato por parte de algunos miembros del personal de salud. En ambas zonas se cuestiona la competencia técnica a nivel de los puestos de salud, sobre todo para el manejo de emergencias obstétricas. Las mujeres aymaras afirman que en gran medida no acuden a la atención del parto en los servicios de salud, por la enorme fuerza de la costumbre.

Se ha constatado una tendencia a que la demanda de atención a los parteros/as esta disminuyendo, mientras que estaría en aumento la atención de partos por los familiares

Parece existir un quiebre generacional en el oficio de la partería. No hay nuevos/as parteros/as, los actuales son personas de edad avanzada, que "*se van muriendo*" como señalan los aymaras. Probablemente también haya relación con la renovada presencia de los establecimientos de salud y su creciente influencia en las zonas. Esto estaría socavando la autoridad, el -saber legitimado- de parteras/os, además de monetarizar el oficio. Esto último ha llevado a la población a resolver los partos con la ayuda de familiares debido a su bajo nivel de ingresos.

La población no plantea directamente sus críticas o deseos de cambio del sistema de salud. Se pueden inferir algunas modificaciones en el sentido de capacitar al personal de los puestos, de realizar actividades de salud reproductiva dirigidas a los varones, y proporcionar adecuada información a las gestantes sobre los partos de bajo y alto riesgo.

Capítulo IV



Atendiendo al recién nacido

Hallazgos etnográficos Ayacucho, Apurímac, Huancavelica sur andino quechua

EL BINOMIO SALUD / ENFERMEDAD ES
CONSIDERADO UNITARIO COMPLEMENTARIO
Y CONTRADICTORIO PARA LA ATENCION DE
LA REPRODUCCIÓN ANDINA DE LA VIDA

1. EL ENTORNO DEPARTAMENTAL Y LAS COMUNIDADES DE ESTUDIO

Este estudio comprendió el ámbito integrado por los departamentos de Ayacucho y Huancavelica, y la provincia de Andahuaylas del Departamento de Apurímac, pertenecientes a la Región Libertadores - Wari, ubicada en la sierra central del Perú.

El 60% de la población de esta Región pertenece a la etnia quechua y reside en comunidades campesinas. Sus actividades económicas principales son la agricultura, el pastoreo y la artesanía. Esta Región sufrió con mucha fuerza el impacto de la violencia; esta situación unida a la crisis económica ha influido seriamente en el deterioro de las condiciones de vida de la población.

1.1. Ayacucho. Comunidad de Manallasac

Según la ENDES 96, en Ayacucho 31% de los nacimientos ocurrieron en un establecimiento de salud, mientras que 67.9% tuvo lugar en casa. De los partos domiciliarios, 40.3% fue atendido por un familiar y 19.3% por una partera.

En relación al control prenatal, 54% de las gestantes recibieron atención en un establecimiento de salud, 42.9% atendido por obstetrices y 11% por médicos.

La comunidad de San Antonio de Manallasac, queda a dos horas y media de la ciudad de Huamanga, a una altura de 3.530 m.s.n.m. Pertenece a la provincia de Huamanga, en el distrito de Chiara. Tiene la característica de ser una comunidad distrito que se engloba a sí misma y a ocho anexos vecinos: Condorccocha, Sechapampa, Valenzuela, Sallalli, Quishuarcancha, Maraysera, Puytocc y Sachabamba.

Manallasac es una próspera comunidad ganadera y agrícola, constituida por 1201 habitantes y 120 familias, de las cuales solo 80 son residentes, y el resto migra de manera pendular entre Huamanga y la comunidad.

Desde 1990 existe una posta de salud bastante equipada, en la cual trabajan desde hace 4 años (por el Programa de Focalización) una obstetriz, una técnica de enfermería y una enfermera. Pertenece a la UTES Huamanga, dependiendo del centro de salud de Vilcashuamán y la microred de Vischongo.

Manallasac
Población y Salud Materno Perinatal
(Enero - Setiembre 1997)

Población de Manallasac y Anexos	1201
Población total de Manallasac	407
Mujeres en Edad Fértil –MEF	85
Gestantes	08
Parto institucional	01
Partos domiciliarios)	07
. atendidos por profesional	04
. atendidos por partera	03
Mortalidad materna	00

1.2. Huancavelica: Julcamarca

Huancavelica en la ENDES 96 presenta el mayor índice de partos domiciliarios del país: 91.7% . De estos un significativo 69.3% ha sido atendido por

familiares y 18.6% por parteras. Es notoria la ausencia de control prenatal (69.1% de las gestantes). De las gestantes que recibieron control prenatal, el 22% fue atendido por una obstetriz/enfermera y 8.4% por un médico.

El Distrito de Julcamarca pertenece a la provincia de Angaraes en el departamento de Huancavelica. Se encuentra a tres horas de Ayacucho por carretera, por lo cual Ayacucho es su departamento de referencia. Los distritos de influencia son los de Chincho y Santo Tomás de Pata.

El distrito se caracteriza por ser una zona de extrema pobreza, tiene 6 anexos: Manyacclla, Huacacclla, Arcuilla, Anchahuay, Miraflores y Yuraccocha. El 95% de las comunidades solo tienen acceso a la capital del distrito a través de caminos de herradura. Carece de servicios de agua y desagüe, se abastece sólo de dos fuentes de agua relativamente protegidas en dos puntos equidistantes de la zona. No tiene servicio higiénico. Esta situación se torna más crítica en los anexos y comunidades más alejados de la jurisdicción.

Igual que en otras comunidades, la violencia afectó a la población ocasionando un gran desplazamiento a otras zonas del país y la actividad productiva más importante es la agricultura de secano.

Existe un centro de salud de Julcamarca que tiene jurisdicción sobre los puestos de salud de Chincho, Santo Tomás de Pata, Cahua, Sutapaico y Maizena.

Julcamarca
Población y Salud Materno Perinatal
(Enero - Setiembre 1997)

Población total	2820
Muerte materna	01
Muerte perinatal	00
Partos domiciliarios	21
. atendidos por profesionales	07
. atendidos por parteras	02
. atendidos por familiares	12
Partos institucionales	07
Gestantes	64
Gestantes de Alto Riesgo	23
Gestantes de Bajo Riesgo	41

1.3. Apurimac: Comunidad de Nueva Esperanza

En el departamento de Apurímac, 34.1% de los nacimientos ocurrieron en un establecimiento de salud y 65.4% en domicilios. De éstos últimos, 31% fueron atendidos por familiares y 28% por parteras. Existe un mayor control prenatal que en los departamentos precedentes, alcanzando un 72.2%. De éste 56.5% fue realizado por una obstetriz/enfermera y 15.7% por un médico.

La comunidad de Nueva Esperanza se encuentra a una hora de la ciudad de Andahuaylas, distrito de Chicmo, provincia de Andahuaylas, departamento de Apurímac. La cercanía con Andahuaylas se relativiza por la difícil accesibilidad. Solo existe una línea de transporte público que sube a las comunidades desde tempranas horas, pero no es muy regular y es necesario esperar mucho para tomarlo. Esta comunidad posee recursos agrícolas que le permiten sobrellevar y cubrir las necesidades básicas de alimentación y vivienda de la población

La comunidad está a una altura de 3.500m. sobre el nivel del mar, y comprende cuatro anexos: Pacchepata, Chichucancha, Alejopata y Moyabamba baja. Tiene una población de 2400 habitantes, de los cuales 597 son MEF, y dentro de ellas hay 40 gestantes identificadas. Se han tenido referencias previas de la presencia de "*buenas parteras*".

Es una comunidad esencialmente agrícola y en menor escala, ganadera. Se cultiva papa, cebolla, cebada, oca, mashua, maíz, en una tierra bastante fértil. Hombres y mujeres trabajan en la agricultura. La canasta familiar consta además de los productos agrícolas señalados, de carne y leche. Las viviendas son de adobe, con techo de tejas o calaminas, algunas tienen dos pisos, el segundo piso se usa generalmente como depósito.

Al puesto de salud concurren numerosas mujeres y niños cuando hay campañas de vacunación o para recoger las bolsas de víveres del PACFO. Es un puesto completo y con varios ambientes. Trabajan en él cuatro personas: una enfermera jefe del puesto, una obstetriz y dos técnicas. Hay dos parteras reconocidas, que han sido capacitadas y trabajan conjuntamente con el establecimiento de salud.

Nueva Esperanza
Población y Salud Materno Perinatal
(Enero - Setiembre 1997)

Población total	2615
Mujeres en Edad Fértil (MEF)	557
Gestantes	26
Partos institucionales	18
Partos domiciliarios	06
. atendidos por partera	02
Mortalidad materna	00
Mortalidad perinatal	01

2. ETNOFISIOLOGÍA Y SABER CULTURAL. MANALLASAC, AYACUCHO

2.1. Salud y enfermedad

La salud es considerada como un estado de bienestar integral que incluye aspectos de carácter físico-biológico y emocional, que se traducen en relaciones adecuadas de los seres humanos con la sociedad, con la naturaleza y el mundo mágico-religioso.

En ese sentido salud y enfermedad son dos aspectos complementarios y contradictorios, que se presentan como en competencia y lucha, favorecidas o limitadas por determinadas condiciones en las que se desenvuelve la vida.

La salud en la comunidad de Manallasac, es considerada como condición básica para el buen desenvolvimiento en la vida cotidiana, es decir el desenvolvimiento económico, social, político y cultural. La población da mucha importancia a la conservación de la salud. Una limitación reconocida es la situación de pobreza de la zona, a la cual se suman; el no disponer de dinero en efectivo, el desconocimiento y poca preparación para la prevención y cuidado de la salud.

En casos de enfermedad la población no presta mucha importancia a las etapas iniciales, sino cuando se presentan complicaciones o la enfermedad se

agrava. Tienen además "*mucha fé*" en los curanderos. A la posta acuden sobre todo para adquirir medicinas o como última alternativa.

En Manallasac existe un conjunto de enfermedades que afectan tanto a varones, como a mujeres. Las enfermedades más frecuentes se atribuyen a factores económicos, al tipo de actividades que realizan, a las formas de vida, a factores climáticos, económicos, y mágico religiosos:

> *"Nos enfermamos con gripe, bronco, por el ambiente, por el frío, por tomar agua fría, con diarrea". Grupo focal, mujeres. Manallasac)*

> *"Bueno, nosotros...pues sentimos el riñón, pulmón (TBC). y además porque aquí hacemos más fuerza y por eso sentimos más el riñón, porque trabajamos con peso, con pala, con pico, o sea, sentimos la cintura en el trabajo". (Grupo focal, varones. Manallasac)*

Cada uno de los factores causales señalados no se presentan aislados, sino se complementan, con ciertas particularidades para el caso de las enfermedades atribuidas a fenómenos mágico-religiosos.

> *"Con alcanzo también nos enfermamos, si alcanzo decimos, pacha también. Bueno a veces donde trabajamos, hay algún lugar donde descansamos, entonces ahí nos agarra, nos alcanza la tierra y nos enfermamos, entonces los curanderos ya nos tiene que curar con pampapu". (Familiar que atiende partos. Manallasac)*

Las principales enfermedades reconocidas por la población son las siguientes: problemas renales, "*próstat*a", dolores "*de espalda y cintura*", malnutrición ("*debilidad*"), enfermedades bronquiales, neumonía ("*costado*"), TBC ("*pulmón*"), resfríos, diarreas y problemas estomacales de diversa índole. El alcoholismo y sus complicaciones son también problemas frecuentes.

Las mujeres además de presentar algunas enfermedades comunes a los varones, tienen enfermedades, relacionadas a su función reproductiva. Estas son: flujos vaginales, hemorragias vaginales, fiebres puerperales o endometritis, prolapsos vaginales, complicaciones del embarazo, mastitis y dismenorreas.

Entre las enfermedades de origen mágico-religioso, tenemos la "*pacha*" o "*alcanzo*" y el "*puquio*". Esta última se produce a consecuencia de realizar alguna actividad en pedregales o lugares "*de residencia de los antepasados*" ("*tierras*

vírgenes, *boca de tierra, tierra sin bautizar o morada de los apus*"). Esta tierra como petición de pago por perturbarla, los "*alcanza*" y puede causar enfermedad e incluso muerte.

> *" A veces decimos "pachamama" (madre tierra) y decimos que ella nos pone cama (ramachahuanchik) …para matarnos. …Bueno a veces donde trabajamos, o descansamos, al trabajar nos agarra, entonces con los yachaq tukuq (…los que saben), ..o curanderos nos mandamos hacer el pampapu y recién nos suelta alcanzo". (Familiar que atiende partos. Manallasac)*

La "*pacha*" es considerada una enfermedad grave y sus síntomas son: fiebre, dolor de cabeza, cólicos, "*hinchazón*" del estómago y/o del cuerpo, "*dolor del corazón*". Los dolores "*avanzan desde el estómago hacia el corazón*", una vez que llega allí pueden causar la muerte . Se cura visitando al curandero, quien hace el "*pampapu*", (enterrar un chancho o gallina en el lugar que lo alcanzó) o un "*pagapu*" (ofrenda o pago a la tierra) preparado con flores, coca y "*remedios*" especiales. De ninguna manera se debe emplear fármacos, menos aún "*ampollas*" (inyección), porque podría matar al enfermo.

> *"… Para eso en la posta no puede haber medicina remedio para alcanzo,… si hacemos poner medicina, entonces más mejor (peor) puede complicar, ya no hay con eso… puede morir". (Familiar que atiende partos. Manallasac)*

Una enfermedad señalada por la partera de Manallasac es el "*achaqui*", enfermedad "*producto de la maldad o el daño*", pero que no es relevante en la zona.

2.2. Relaciones entre hombres y mujeres

Tomando en cuenta las pautas de comportamiento y la división de tareas según la edad y el género establecidas socialmente por la comunidad, los varones y mujeres tienen roles determinados.

Los varones se dedican básicamente a las tareas productivas, de gestión y representación de la familia y la comunidad. Las mujeres realizan las tareas domésticas, seguidas de las tareas productivas de pastoreo y apoyo en la agricul-

tura. Recientemente y en forma aún limitada, las mujeres desempeñan roles de gestión en los clubes de madres y otras organizaciones femeninas.

Si bien no es una práctica general, puede considerarse que existen niveles de colaboración entre el varón y la mujer en tareas básicas y en la toma de decisiones internas de la familia, aunque, la responsabilidad definitiva es otorgada al hombre.

> *"Nos levantamos a preparar nuestros alimentos junto con nuestra señora, después de coordinar nuestro trabajo, tanto el pastoreo de ganado como para la agricultura". (Grupo focal, varones. Manallasac)*

El esquema tradicional de roles en la familia cambia durante el último mes del embarazo, parto y puerperio, al encontrarse la mujer limitada o imposibilitada de realizar normalmente sus tareas. Los hombres asumen esos roles hasta que la mujer se recupere.

> *"Cuando estamos mal, el esposo nos ayuda cambiando, limpiando, ayudando a bañar, algunos también ayudan a lavar pañal y nuestra ropa, basta que nosotras nos levantemos". (Mujer de grupo focal. Manallasac)*

En el puerperio las tareas del hogar son en menor medida asumidas por el hombre, con apoyo de los familiares, mientras la mujer se va incorporando paulatinamente.

> *"Cuando la señora esta mal, no habiendo familiares en la casa, uno tiene que ocuparse del bebé; bueno lavarle, bañarle cambiarle su ropita, hasta que la mamá esté mas o menos no?, para que ella pueda atender después. También en la cocina, nosotros ya pues nos ponemos de mujer". (Grupo focal, varones. Manallasac)*

2.3. Mujer y hombre sanos

La mujer sana se distingue por características vinculadas a su estado físico y emocional, así como por las relaciones que establece con su familia, la comunidad y el desarrollo de ciertas cualidades o virtudes individuales como "*no ser ociosa*". La mujer sana es: "*alegre, tranquila, mantiene su color natural, no palidece,*

es rápida, ágil en los quehaceres, risueña, conversadora, activa y alegre para caminar y trabajar".

> "*La mujer sana siempre está alerta (atenta - alegre, ágil)., en su color normal, tanto en su aire como en su cara, no le duele nada, esta tranquila*". *(Partera en ejercicio. Manallasac)*

El hombre sano también es "*alegre y jovial, tiene buen carácter, es colorado, come bien, es fuerte, trabaja bien y con empeño*".

> "*Los hombres también, si son sanos son guapos, de buen carácter, trabajan bien y comen bien*". *(Grupo focal, mujeres. Manallasac)*

Para mantener una "*buena salud*" las personas deben cuidarse y alimentarse bien ("*desde niños")* con los productos de la zona: leche, avena, quinua y otros cereales. Es necesario así mismo, mostrar higiene en la ropa y en el aspecto personal. Los varones no deben tomar licor, ni emborracharse, ni fumar mucho, ya que en estado de embriaguez "*se abandonan*" y pueden adquirir enfermedades.

2.4. Las imagenes de la reproducción

2.4.1. Menstruación

La menstruación en Manallasacc es conocida como "*mes*", en relación a la periodicidad del flujo menstrual.

> "*Cada mes baja la menstruación a las señoras, el óvulo de su matriz, un mes de la derecha y otro mes de la izquierda*". *(Partera. Manallasac)*

Las mujeres en general inician su menstruación entre los catorce y dieciséis años, adelantándose en algunos casos desde los doce, y trece años y en ocasiones puede demorar su inicio hasta los diecisiete años. El inicio de la menstruación genera traumas y temores en las mujeres, ya que por considerarse un tema tabú, no reciben ninguna información de los padres.

"Yo también me asusté la primera vez, porque mi madre no me habían explicado, decía me moriré pues cuando se acabe mi sangre". (Grupo focal, mujeres. Manallasac)

Existe desconocimiento sobre el proceso de formación de la menstruación. Las mujeres jóvenes saben que la menstruación se forma en el útero, otras creen que se forma en la vagina, en el ovario o en los "*glóbulos rojos*". Tanto el útero como los ovarios son conocidos con el nombre de "*madre*" o "*matriz*".

"La sangre bajará del glóbulo rojo pues". (Grupo focal, mujeres. Manallasac)

En cuanto a las funciones de la menstruación, la mayoría piensa que la menstruación es "*sangre mala*" que limpia el cuerpo. Otras relacionan la menstruación con la concepción, cuidándose de tener relaciones sexuales en esos días.

"Menstruamos porque de adentro nos limpia la mala sangre. Hace limpieza pues cada mes. Si no sale pues, no estaríamos bien, eso limpia como escoba pues de adentro". (Grupo focal, mujeres. Manallasac)

Las mujeres asocian el inicio de la menstruación con el número de hijos que podrán tener. Las mujeres que la iniciaron tempranamente, tendrán más hijos que aquellas que la iniciaron tardíamente.

Hay la percepción sobre un conjunto de cuidados a guardar durante el período menstrual, que por las características de vida y el trabajo recargado que tienen las mujeres, no son cumplidos a cabalidad. Por ejemplo, "*no se deben mojar con agua fría, ni comer cítricos*", porque la sangre "*se coagula y corta*", lo que podría producir dismenorrea y cólicos menstruales. Tampoco se puede tomar leche, montar a caballo o "*hacer cosas pesadas*", porque podrían producir hemorragias.

"Cuando la mujer está con la menstruación y hace algo como mojarse con agua, o levantar peso, entonces como consecuencia de eso puede tener hemorragia, o puede tener algún problema. Por eso debe cuidarse un poco, pero no todas las mujeres se cuidan, sino aquellas que comprenden. Muchas no se cuidan, hasta se bañan y por eso se enferman más... Aquellas que

saben se cuidan, otras incluso toman remedios, hierbitas... Estas hierbas son manzanilla, muña, otras hierbitas del monte, de las rocas". (Partera. Manallasac)

Las mujeres no acostumbran usar paños o toallas higiénicas (especialmente las mayores, entre treinta años a cuarenta años), tampoco usan ropa interior, solo se limpian con sus polleras. Existen restricciones para la higiene durante el período menstrual, por temor a que la sangre "*se corte*" al tocar agua.

2.4.2. Fertilidad y concepción

La mujer puede concebir desde el momento en que empieza a menstruar. La edad considerada adecuada para tener hijos es por lo general entre los dieciocho a los veinte años.

Sobre la fecundación no hay mayor conocimiento, señalan que se puede producir en el ovario o simplemente en la "*madre*" (que significa indistintamente el útero o el ovario) o también "*en la barriga*".

"El bebé se forma en un sitio especial, pues, más adentrito de nuestro parto, nomás se forma pues, una bolita". (Grupo focal, mujeres. Manallasac)

La mujer sabe que puede concebir cuando tiene relaciones sexuales con el esposo y que el varón "le da una semillita". La mayoría se cuida de tener relaciones durante el período menstrual porque piensan que son los días fértiles.

2.4.3. Prácticas anticonceptivas

La gente conoce poco y practica menos los métodos anticonceptivos (tradicionales o modernos). El método más usado es el método natural, pero cuya aplicación presenta problemas, sea por desconocimiento de las fechas exactas de menstruación, por las irregularidades del período menstrual o por manejar una valoración que asocia la menstruación con la fertilidad. Dentro de los métodos definitivos, la ligadura de trompas es el método que genera más desconfianza y temor, porque puede "*producir cáncer*".

2.4.4. Menopausia

La menopausia es conocida como "*edad crítica*". Se inicia entre los cuarenticinco y cincuenta años y se manifiesta con alteraciones de la menstruación, a veces "*como hemorragias*" antes de cesar definitivamente. Las mujeres manifiestan que esta etapa se acompaña de un conjunto de dolencias como; dolor de cabeza, espalda y cintura, así como trastornos de tipo emocional ("*aburrimiento*", "*melancolía*" y ansiedad).

> "La primera vez que me agarró fue feo, dolía mis manos, mis uñas, totalmente herida, dolía la cabeza y aburrida me encontraba y cuando el médico me puso inyección, me puse tranquila, me puse mansa".
>
> *"Sí, así da mamacita, si te da, tu cuerpo tiembla (urususu) se descompone totalmente y a media noche te daba ganas de irte a cualquier sitio, sientes punzadas en el cerebro, te quema mucho, necesitas bastante líquido. Yo estuve 2 ó 3 años con la menopausia, con hemorragia y complicaciones". (Grupo focal, mujeres. Manallasac)*

2.4.5. Aborto

El aborto puede producirse "*por levantar pesos*", y "*por antojos no satisfechos*".

> *"Esos problemas hay mamita, en algunas porque levantaron peso. Hay veces, porque no se han cuidado abortan, otras porque se antojan también, pero para eso deben comer lo que antojan o tomar agua de muña". (Grupo focal, mujeres. Manallasac)*

2.5. Parteras, sobadores y familiares.

La partera goza del reconocimiento y respeto de la comunidad por "*salvar*" vidas en los partos, ya que estos son considerados como una situación próxima a la muerte.

Las parteras/os aprendieron el oficio en un proceso de transmisión de conocimientos de generación en generación. En algunos casos aprendieron direc-

tamente de familiares. Por lo general fueron profundizando sus conocimientos en la práctica, atendiendo primero a su familia, luego a las mujeres de la comunidad y finalmente a mujeres de otras comunidades .

> *"Primero empecé por codicia (afición), pero más antes mi tía era partera,… y ella trabajaba solo por afición, por curiosidad …Ella era quien me atendía cada vez que tenía un hijo y me indicaba como se atendía parto, ella me enseñaba de como atender a las señoras.. yo también aprendí por afición, cuando mis otros familiares tenían un hijo…Yo observé el trabajo de las parteras, y decía, ¡así no más se atendía! ¡Así no más se auxiliaba a las mujeres! hacía el acomodo [suysu] cuando el bebé esta oblicuo o transverso; a veces con manta, a veces solo con la mano, con masajes y sacudones suaves de los costados". (Partera . Manallasac)*

En otros casos se capacitaron en un centro de salud cercano.

> *"De Cangallo venía un doctor y en Pampa Cangallo (centro de salud) hubo capacitación y cada dos o tres meses venía y yo iba a Pampa Cangallo a capacitarme, también me daban medicina….El doctor nos hacía entrar y atender partos y nos ha dado también cartillas, diciendo que puede morir alguna gestante en nuestras manos, cuando están atendiendo". (Partera que no ejerce. Manallasac)*

Se observa que las parteras autoformadas se desenvuelven mejor y alcanzan mayor continuidad en su función, mientras que algunas que se iniciaron en las capacitaciones ya no continúan ejerciendo el oficio, por problemas durante las atenciones.

En el caso de los familiares, concretamente los esposos, estos aprendieron apoyando a la esposa.

> *"Yo aprendí por necesidad de auxiliar a mi esposa, aquí es así, los esposos ayudamos. ya tenemos dos hijos y en los dos partos yo le he apoyado y ahora mi esposa está embarazada de mi tercer hijo... eso es cosa sabida, siempre los esposos atendemos a nuestra esposa, cuando le agarra el dolor". (Familiar que atiende partos. Manallasac)*

Existían tres parteras/os en Manallasac, dos mujeres y un varón. De éstos una dejó el oficio por problemas en la atención, el partero tiene experiencia más reciente. La partera que continúa tiene una experiencia de 15 años, atiende casi todos los partos de la comunidad y también en las comunidades vecinas. A pesar a que desde 1990 existe el puesto de salud, las mujeres siguen solicitando los servicios de esta partera por confianza y porque encuentran en ella mayor calor humano.

Tanto la partera como el partero han recibido capacitación de parte de la ONG "Médicos Sin Fronteras", que trabaja en la zona. El partero fue capacitado como promotor de salud en aproximadamente cinco o seis oportunidades, la partera ha recibido capacitación en cinco oportunidades durante los tres últimos años: en Cangallo, Vischongo, Vilcashuamán y Ayacucho.

La partera entre 1994 y 1996 trabajó con la obstetriz del puesto de salud en la atención de partos, lo que reforzó su formación práctica. Lleva un cuaderno de control con los siguientes datos: fecha última de regla (FUR), fecha probable de parto (FPP). Por escribir con limitaciones (está en el programa de alfabetización), recurre a su hijo o a los hijos de las gestantes para tomar datos. También cuenta con una guía básica de parteras, obsequiada por la ONG.

> *"Me estoy capacitando desde hace dos años, estoy yendo con esto a tres. Médicos sin Frontera Holanda me ha capacitado, …con lo que me han enseñado trabajo mejor y atiendo mejor. Me capacitaron doctores y señoritas, doctores gringos. Me gustó mucho y agradezco que me hayan capacitado; porque aunque no sé leer, he grabado en mi cabeza lo que me han enseñado… ahora presento relación de embarazadas a la posta, anoto a todas las embarazadas, las parturientas o gestantes recientes". (Partera. Manallasac)*

Los temas de capacitación fueron; control y atención del embarazo, parto, puerperio y atención del recién nacido.

> *"Nos han enseñado todo lo que hay que atender a los niños, a las embarazadas, como atender a las parturientas, los problemas que pueden presentarse, las complicaciones sobre anemia y muchas cosas más. como atender el parto, como atender al recién nacido, como atender a las puérperas y para hacerles las recomendaciones". (Partera. Manallasac)*

3. ETNOFISIOLOGÍA Y SABER CULTURAL.

JULCAMARCA -HUANCAVELICA

3.1. Salud y enfermedad

La salud, en Julcamarca, es considerada como requisito básico de la vida, condicionando su desenvolvimiento económico, social y cultural. A pesar de esta importancia una vez que adquieren una enfermedad, no le prestan la atención necesaria para el tratamiento por "*falta de tiempo*" por las actividades recargadas, el desconocimiento de posibles consecuencias y por factores económicos para adquirir medicinas.

Las enfermedades más frecuentes están asociadas a factores relacionados con la calidad de vida de la población, la actividad básicamente agrícola que realizan, la falta de saneamiento, el clima, y la violencia política. Estas explicaciones superan largamente las explicaciones mágico - religiosas para los males más tradicionales de la zona.

Entre las enfermedades que afectan a la población en general tenemos: enfermedades renales; enfermedades del sistema respiratorio (gripe y bronquitis); enfermedades diarréicas; cólicos abdominales; el reumatismo y problemas cardiacos. También se ha observado la presencia de personas con retardo mental, posiblemente por deficiencia de yodo.

Entre las enfermedades de la mujer, encontramos: hemorragias; amenaza de aborto (atribuidas a tres causas: "*la cólera, el antojo y el puquio*"); infecciones puerperales; retención placentaria, la preeclamsia y la mastitis.

La principal enfermedad de origen mágico - religioso es el "*chacho*", que por presentarse entre los treinta y treintitrés años se le denomina "*enfermedad de la edad de Cristo*".

> *"Los hombres se enferman pues a los 60 años generalmente de la próstata y cuando llegan a los 30 años, a veces alguna enfermedad les da cuando llegan a la edad de Cristo, o de la pasión de Cristo le dicen. A esta edad ….. pues les da cualquier enfermedad". (Partera. Anchachuay)*

Al *chacho* también se le conoce como "*alcanzo*", "*qapisqa*", "*puquio*", "*wari*" o "*pacha*". Es una enfermedad mítica que puede afectar a la población sin

distinción de edad ni género, como producto del "*poder de la tierra virgen o de los cerros*" que "*hacen daño*" y afectan el organismo de tal manera que si no se cura a tiempo, "*ocasionará la muerte*".

Para su tratamiento debe recurrirse necesariamente al curandero. Este con un conjunto de rituales y pagos al cerro intentará sanar al enfermo (no puede ser tratado en un centro de salud, o con inyectables ya que puede ser fatal). El enfermo debe confirmar con el curandero, si el origen de su enfermedad es producto del *chacho*, para decidir luego dónde acudirá a tratarse.

> *"Los curiosos observan si en la cara tiene alguna señal, si bueno... que esté muy edematoso, no? y dicen que tiene puquio, tiene chacho, cosas así, que no va a durar mucho tiempo, se va a morir". (Grupo focal, personal de salud. Julcamarca)*

El *"puquio"* es una variante del *chacho*. Se produce al internarse en quebradas, puquiales, mojadales o cuando hay arco iris, por eso se piensa que es una "*influencia de los vapores del agua*". El "*puquio*" en las mujeres puede provocar abortos, muerte del bebé, y en general producir edemas, cólicos y gran malestar.

> *"Ya, puquio es cuando se han aproximado a un puquio y la paciente ha sido atraído por ello, entonces este ¡eh! entonces se enferman por eso pues". (Grupo focal, personal de salud. Julcamarca)*

Para curar el *puquio*, especialmente en las mujeres embarazadas se da el sumo de *nabo silvestre*, "*huallhua*" (*culén*) *ajos* y *ruda* en agua hervida fría, con unas gotas de *aceite rosado*.

Otra enfermedad es el "*susto*" que afecta principalmente a los niños, debido a "*impresiones fuertes*". Requiere la atención de un curandero especializado llamado "*qayapaq*", quien con rituales, rezos, flores(*sumo de claveles*) y masajes en la cabeza del niño "*llama a su espíritu, para que no se asuste y retorne al cuerpo*". La llamada se hace en lugares y en horas determinadas.

Por otro lado existen problemas de salud mental. El estado emocional tanto de las mujeres y hombres está resquebrajada a consecuencia de la violencia política vivida en la zona.

3.2. Relaciones de género entre hombres y mujeres

Los hombres se dedican a tareas productivas, principalmente la agricultura, y son responsables de la representación de la familia en la comunidad y en las tareas de gestión comunal.

Las mujeres tienen como responsabilidad fundamental, las tareas domésticas, pero también participan activamente en actividades productivas (agricultura y ganadería) complementada con actividades de artesanía utilitaria para el autoconsumo.

> *"Bueno las mujeres desde que somos casadas, nos dedicamos a nuestra casa, a nuestros animales y a la chacra, …ya no pensamos en otra cosa. Cuando nuestro esposo va al trabajo, nosotras quedamos en la casa, hasta mientras tengamos hijos y si ya tenemos hijos, tenemos que atender a nuestros hijos en la casa. Cuidamos nuestros animales, a nuestros hijos, trabajamos en la chacra y cocinamos para nuestro esposo". (Grupo focal, mujeres 30-49 años. Julcamarca)*

Durante el parto y el puerperio, la mujer se encuentra imposibilitada de cumplir con sus roles cotidianos y requiere del apoyo de los miembros de la familia. En general los esposos tienen que asumir estas tareas.

> *"Cuando estamos mal, nuestro esposo ya pues apoya. El también hace pues lo que tu haces de sana, mientras estás en la cama". (Grupo focal, mujeres 30-49 años. Julcamarca)*

Si la mujer tiene familiares cercanos como la madre, hermana, suegra o cuñadas, ellas también ayudan en los quehaceres, principalmente durante el puerperio inmediato, pero en general estas tareas son asumidas por el hombre.

> *" A veces nuestra mamá, alguien nuestro, nuestro familiar nos apoya, nos baña al bebe, hasta que nos levantemos". Y si nuestra mamá no tiene tiempo, él pues lava la ropa del bebé, nuestra ropa, también cocina y barre la casa". (Grupo focal, mujeres 30-49 años. Julcamarca)*

Sin embargo, no todos los esposos apoyan las tareas de hogar, algunos tienen esquemas y estereotipos rígidos y simplemente no lo asumen, por lo que la mujer tiene que incorporarse antes de lo previsto a sus tareas cotidianas.

> *"Algunos apoyan, pero otros no. Según es, no todos son iguales, por ejemplo mío no lava pañal. Así es mi compoblano, nació su hijo, hizo fiesta y se fue a tomar cuando la señora estaba en cama. Y a veces ella misma se tiene que cocinar después de dos o tres días". (Grupo focal, mujeres 30-49 años. Julcamarca)*

También se refieren casos de hombres que ejercen tanto la violencia física como psicológica, contra sus esposas.

> *"Hay hombres perversos... a veces los hombres cuando tienen relación con otra mujer, siempre dan cólera, no les gusta los hijos, la casa la esposa, todo es así". (Partera. Julcamarca)*

3.3. La mujer y el varón sanos

Las características de la mujer y varón sanos se expresan en su estado físico como ausencia de enfermedades y en lo emocional en cuanto a las "*buenas*" relaciones con los miembros de la familia y la comunidad.

La "*mujer sana*", según la población, es "*guapa, buena moza*", ágil, vivaz, "*camina bien y rápido*", trabaja bien en la casa y en la chacra, es alegre, tranquila, "*trata bien a sus hijos y a su familia*". De igual manera "*el hombre sano*" es, fuerte, "*lleno de vida*", de "*buen semblante*", come bien, trabaja bien, es alegre, tranquilo y de "*buen genio*".

3.4. Las imágenes de la reproducción

3.4.1. Menstruación

La menstruación es también conocida con las denominaciones de "*meses*", "*mensual*", "*enfermedad*", por los trastornos periódicos que producen. Las mujeres de esta zona (distritos de Julcamarca, Chincho, Santo Tomás de Pata y sus respectivos anexos) no señalan una edad fija para el inicio de la menstruación,

reconocen como edades promedio para su inicio entre los catorce a quince años.

La población desconoce el origen y funciones de la menstruación debido a la poca o ninguna orientación de los padres. Las mujeres al experimentar la primera menstruación sufren traumas, que posteriormente se atribuirán a diversos orígenes. Incluso la partera de Julcamarca (que es la más preparada) tiene poco conocimiento de este proceso.

En cuanto al origen de la menstruación, muchas mujeres creen que obedece a una disposición divina. Otras sospechan que se forma en la matriz, que indistintamente puede ser el útero o el ovario. Otras consideran que se forma en la vagina o simplemente en la barriga.

> *"Será en el óvulo pues, en la vagina. ...Aquí le decimos útero, madre, matriz. En la puntita pues. ...eso reventará pues, madura, revienta y baja". (Partera. Julcamarca)*

Acerca de la función de la menstruación, las mujeres piensan que menstrúan exclusivamente "*para tener hijos*" y que "*limpia la sangre mala del cuerpo*".

> *"Dice que las mujeres tenemos como enfermedad adentro y como purga nos limpia esa sangre, reventando de adentro, así dicen". (Partera. Anchachuay)*

Manifiestan que durante el período menstrual deben cuidarse de "*comer cítricos, lavar con agua fría, tomar leche y gaseosas"*, porque la sangre se puede "*coagular y suspender*" provocando "*cólicos*". Por otro lado, también se cuidan de realizar "*trabajos pesados*" y tomar aguardiente, porque puede incrementar el flujo menstrual. Sin embargo no implementan en la práctica muchos de estos consejos, debido a las exigencias y la naturaleza del trabajo en el campo.

Como parte de los cuidados para las irregularidades menstruales, recomiendan tomar *agua de menta* y "*molle*" hervido, por lo menos durante tres meses hasta que se normalice. Para los "*cólicos*" recomiendan tomar mate de *manzanilla, apio, ajenjo* o "*marco*" (*altamisa*).

Las parejas se cuidan de no tener relaciones en esas fechas porque piensan que esos son los días fértiles.

3.4.2. Fertilidad y concepción

Existe desconocimiento sobre la fecundación. Consideran que la mujer está en condiciones de concebir a partir del momento en que tiene su regla, o sea a partir de los catorce años, siempre y cuando tenga relaciones con el varón.

> *"A nuestro pensar, es muy joven a los 14 ó 15 años no sabe pensar bien, no sabes hacer bien las cosas, ni envolver al bebé siquiera no sabes". (Partera. Anchachuay))*

La fecundación se produciría en la "*madre*" que puede ser el útero o el ovario, cuando se tienen relaciones sexuales.

> *"El hombre echará líquido pues y en ese líquido pasa como gusano la semilla, por eso aquí decimos pues...a veces cuando hay pelea, como el moscón ha dejado semilla (chiririnka qina chikñaykun) así decimos". (Partera. Anchachuay)*

Tampoco existirían conocimientos sobre los órganos reproductivos. La mayoría de la población cree que la fecundación se realiza *"en la barriga o en el vientre".*

> *" Ja, ja, ...pero mamita, eso pues así bolita nomás se forma en nuestra barriga como un dañito, chiquitito no más, si tu te juntas con el señor (varón) aunque sea una nochecita nomás o un ratito nomás también". (Partera. Yuraccocha)*

3.4.3. Prácticas anticonceptivas

La mayoría de la población de Julcamarca no tiene conocimientos sobre métodos anticonceptivos. El conocimiento sobre los métodos modernos es limitado a aquellas familias que se desplazaron a las ciudades.

El centro de salud brinda información y atención en el Programa de planificación familiar. Desde 1996 han emprendido campañas más intensas, en cumplimiento con las disposiciones y metas programadas por el Ministerio de Salud, sin mayor aceptación. En esta zona donde la población ha dismi-

nuido tremendamente por el fenómeno de la violencia, los métodos anticonceptivos definitivos han provocado gran rechazo en la población campesina.

> *"...En la posta te están diciendo, te voy hacer la ligadura de trompa, te voy a dar pastillas o esto u otro, …yo no estoy de acuerdo con eso, la vez pasada no mas están obligando sobre eso. Dice que no es bueno la ligadura de trompas, porque de repente se desata, se suelta o se escapa el amarre y puedes tener hemorragia y eso es bravo, en ese caso tienes que ir la hospital e incluso en algunos casos, así vayan otros se mueren y por eso nosotros no queremos consentir con eso… porque nosotras tenemos aquí mismo para cuidarnos". (Partera. Anchachuay)*

De los diferentes métodos recomendados por el Centro de Salud, la población acepta el método del ritmo, con serias dificultades en su aplicación. La partera de Anchachuay, señala que para aplicar este método, hay que "*regularizar primero la regla con hierbas*" (*menta, molle*). Por otro lado si se retrasa la regla por un posible embarazo, recomienda tomar corteza de tres árboles ("*lambras*" *-aliso-*, "*qenhua*" y "*níspero")* hasta que "*baje la menstruación*", estas plantas cumplirían funciones abortivas, por lo que se deben manejar con cautela, ya que en exceso "*podría esterilizar definitivamente*".

> *"Cuidándonos pues con la regla evitamos, si somos casadas, con la menstruación; pero para eso hay que regularizar la regla. Corteza de lambras [aliso] qenhua y níspero se debe tomar, pero eso no es para la menstruación. Para la menstruación solo se toma hierbitas (menta y molle), esas cortezas es cuando se atrasa tu regla, para ese caso es bueno. O sea pasa dos o tres días de tu regla, porque de repente ya estas con atraso (embarazada), entonces tomas eso y baja. Al tercer día de atraso ya debes tomar". (Partera. Anchachuay)*

3.4.4. Menopausia

La menopausia es conocida como "*edad crítica*" y se inicia entre los 40 a 45 años, variando de una mujer a otra. Es evidente el desconocimiento de las mujeres, quienes no saben exactamente que cuidados realizar.

"Nosotras todavía no conocemos la edad crítica, por eso no sabemos todavía, como tendremos que cuidarnos pues para la edad crítica, no sabemos todavía, nadie nos ha explicado bien sobre eso". (Grupo focal, mujeres 30-49 años)

La menopausia generará un conjunto de trastornos físicos y psicológicos en la vida de la mujer como son: dolencias, malestares, cambios de carácter, sensibilidad, ansiedad y melancolías.

"A mí señorita me están diciendo que la edad crítica me esta dando, yo me siento como una loca, a veces me duele la cabeza. Así como yo también me siento mal, la señorita me ha contado que te duele. A veces me siento como sonsa, o como loca, cuando me duele la cabeza, por gusto me da gana de irme a cualquier sitio. Dice que te da dolores de cabeza, la cintura o de los pies. A veces en el últimо sangra más dice y después ya pasa". (Grupo focal, mujeres mayores 30-49 años)

3.4.5. Aborto

El aborto es valorado como un serio problema de salud. La amenaza de aborto se atribuye a "*la cólera*", alteraciones emocionales, el "*puquio*" y "*antojo*" ("*muna*").

El aborto por "*puquio*" se produce cuando la embarazada se interna en quebradas, puquiales o cuando hay arco iris, a consecuencia del cual el bebe puede morir en el vientre de la madre. También puede ser producida por caídas bruscas, esfuerzos o por maltrato físico del marido.

El tratamiento depende de la causalidad. Por ejemplo, en caso de "*colerón*" ("*cólera*" o tensiones), se le debe dar de tomar jugo de la flor de "*mutuy*, i*sqana*" y "*sillcao*" molido en agua hervida fría. En caso de "*puquio*", se debe dar de tomar el sumo del *nabo silvestre, ajo, "huallhua*" y *ruda* en agua hervida fría. En caso de "*antojo*" debe administrarse agua de *muña* y satisfacer el antojo. Las mujeres llaman a la partera cuando se presentan hemorragias profusas, raras veces cuando sólo hay dolor. Acuden al centro de salud en casos "graves" que requerirán transferencia al hospital de Ayacucho.

"De muna le damos agua de muña con caña seca de maíz [turusco] con pan quemado, comino y arroz tostado". (Partera. Anchachuay)

3.5. Parteras, sobadoras y familiares

La atención a la población ha estado en manos de curanderos y parteros, quienes antes de morir dejaban sus conocimientos a hijos, familiares y jóvenes voluntarios.

En cada comunidad existen parteros aficionados y "*curiosos*", que cumplen diferentes funciones, determinadas por su capacidad y experiencia en el proceso del parto. En la atención del parto los esposos, la madre o familiares más próximos de la mujer están teniendo crecientes responsabilidades.

De las tres parteras entrevistadas, una aprendió directamente de la madre y abuela, otra se formó en la experiencia de sus propios partos y la tercera aprendió con un libro, mejorando poco a poco sus conocimientos con la práctica. No han recibido capacitación, salvo la partera de Anchachuay, pero en otros aspectos fuera del oficio (como dirigente y líder de su comunidad). Los familiares que atienden partos aprendieron de sus padres o suegras.

Para saber como se desarrollará el parto, examinan o "*ven en la coca*". Si está "*de carita*" (la parte brillante) el parto será bueno y si está "*de blanco*" (la parte más opaca) no será bueno, en ese caso buscará un apoyo.

4. ETNOFISIOLOGÍA Y SABER CULTURAL.

NUEVA ESPERANZA -APURÍMAC/ANDAHUAYLAS

4.1. Salud y enfermedad

La salud en Nueva Esperanza al igual que en otras comunidades estudiadas, se la valora como muy importante, tanto para el desarrollo normal de las actividades diarias (por ejemplo el trabajo en la chacra), y para el mantenimiento del entorno de la vida social y familiar.

El deterioro de la salud se produce principalmente por "*el trabajo pesado*" que se efectúa a diario en la chacra, en un clima sumamente frío.

"Es decir, así como soltáramos un fierro caliente al agua fría, ahí es donde se deshace tu salud. Un cambio brusco. Se enfría el cuerpo caliente. Igual se deshace tu cuerpo". (Familiar que atiende partos. Nueva Esperanza)

Como enfermedades más frecuentes se mencionan :

El "*susto*". Atribuido a "*fuertes impresiones*" que provocan que "*el espíritu se aleje del cuerpo*", manifestándose con "*sobresalto*", "*insomnio*", vómitos y diarreas. Se cura "*llamando a un espíritu*" (el "*qayapu*") empleando flores de colores (especialmente *claveles*), galletas, dulces, coca y cigarro. Esto lo realizan las "*qayapadoras*" en lugares especiales, silenciosos y alejados, como por ejemplo la orilla de un río.

Alcoholismo, acompañado por el consumo de coca y el cigarro.

"Se enfermen de su cuerpo sólo los que toman. Tal vez todos los días toman los borrachos. Alcohol pues, trago, cerveza no, no saben en el campo. Cuando trabajan toman, con eso trabajo normal diciendo. Coca, trago pues, cigarro". (Francisca, partera)

Enfermedades de transmisión sexual.

"Esa enfermedad seguro les da por calor, así dicen, yo escucho de eso, dice que eso da más en la montaña (selva). En el campo eso casi nada y eso nos contó una señorita, y dice que a las mujeres también les agarra y tienen que bañarse con agua fría, así nos han contado y así dice que les pasan". (Rosa, partera)

Enfermedades de la mujer . Las mas frecuentes son: la "*muna*" (antojo) que puede ocasionar amenaza de aborto y abortos, infecciones puerperales ("*cutipa*", "*utunku*", "*recaída*", "*viento*"), "*regla blanca*" (flujo vaginal), "*dolor de barriga*" (dismenorrea), "*chupo en el seno*" (mastitis)

4.2. Relaciones entre hombres y mujeres

Las mujeres realizan principalmente las tareas del hogar de acuerdo a las necesidades familiares. El cuidado y crianza de los hijos son sus principales responsabilidades .

> *"La mujer sufrimos más porque tienes mucho trabajo, a veces rompe cabeza en tu casa, tienes que lavar, coser, atender a los animales. Y si no tienes animales, cuidas de otros, o si no, tienes que hacer algo". (Grupo focal, mujeres 15 - 29 años)*

También ayudan en los trabajos de la chacra, muchas veces a la par que el hombre y participan en las actividades comunales como las faenas (sequía, chacra, caminos), en el comedor popular (cocina y siembra) y en actividades esporádicas en la escuela de sus hijos.

> *"En la comunidad trabajamos en faena, en la limpieza de sequía, limpieza de chacra para sembrar hortalizas, también hacemos limpieza de caminos". (Grupo focal, mujeres 15 - 29 años)*

Se dedican además a la crianza de animales mayores y menores, una parte de lo que producen están destinadas para la venta y lo que queda para el consumo diario. Además hacen labores complementarias como manualidades y tejidos.

Los varones se dedican fundamentalmente a labores agrícolas y actividades de gestión y representación familiar. A diferencia de las mujeres, pueden participar en actividades de carácter cultural y deportivo, mientras la esposa permanece en casa.

Durante el período de gestación, los hombres se muestran particularmente cariñosos y comprensivos con sus esposas, sobre todo cuando se espera al primogénito. Son complacientes con los antojos de su esposa y se preparan para los requerimientos del parto.

> *"…Igual manera señora estoy pensando en su vestimenta, hospital del bebe. Así necesidades y a veces en el hospital, hay alguna necesidad, pienso en su ropa que necesita, lo que te pide necesidades, por ejemplo serena, guillette". (Grupo focal, varones)*

Después del parto se encargan del cuidado de la puérpera y el niño, sobre todo cuando no están presentes la madre, hermanas u otros familiares cercanos de la esposa.

> *"Cuestión de hasta cuando la señora esté mal, nosotros tenemos que ayudar a cocinar, claro, ayudamos en lavar ropa, claro, cosa natural y nada más señora". (Grupo focal, varones)*

En lo referente a la toma de decisiones, el hombre es determinante en lo que resuelve, mostrando así su autoridad. Esto por ejemplo se manifiesta cuando la mujer desea planificar la familia.

> *"O sea dice, si me hacen poner inyecciones, entonces sería como las otras clases de mujeres, buscando hombres, hacen el amor y el esposo ni cuenta se da, con malas costumbres, entonces todo ese concepto él me carga a mí"*

> *"Los hombres aquí en la comunidad no se controlan, tienen en mente seguido tener hijos, ya sin descanso, ellos nunca quieren verte sin hijos. Quieren verte embarazada, con tu barriga grande para que ellos se sientan "machos", son celosos". (Grupo focal, mujeres 30 - 49 años)*

Algunas mujeres manifiestan también que existen varones que maltratan a sus esposas y las golpean hasta dejarlas con severos hematomas. Algunos varones reconocen el maltrato que cometen, mientras que otros no lo hacen. Estas actitudes se atribuyen al consumo de alcohol y a la infidelidad de los esposos.

> *"Hay algunos que pegan mucho a su esposa, le tienen verde, verde, pegando hasta le pueden matar, te tienen coja y hasta te pueden matar".*

> *"Así te pegan porque se malean, porque se consiguen otra mujer, ya nada es para su gusto". (Grupo focal, mujeres 15 – 29 años)*

4.3. La mujer y el varón sanos

Los informantes coinciden en afirmar que una población sana muestra un equilibrio físico, emocional y social. Las personas que "*están sanas*", *que "tienen*

salud", son aquellas que se encuentran "*felices, alegres, con buen semblante*", "*tienen buen carácter, buen trato*" con la familia y con la comunidad, físicamente son fuertes, trabajan bien y rápido y ayudan a su pareja.

> *"Es alegre, trabaja más vivo. Tiene el semblante también alegre, trabaja más rápido, buen carácter, todo hace rápido y ayuda a su pareja". (Rosa, partera)*

> *"Es que no, señora por ejemplo, cuando una señora se siente bien en su salud, es pues feliz para su esposo, para sus hijos, para todos y siente alegría. Pero si una señora está enferma se puede poner un poco aburrida, se siente melancólicamente triste la vida". (Familiar que atiende partos)*

Los cuidados para mantener una buena salud deben empezar desde la gestación, con una buena alimentación de la madre. Luego del nacimiento deben continuar los cuidados, ya que "*si se desea adultos sanos, hay que empezar por los niños*", cuidarlos estrictamente "*hasta los cinco años de edad* "para favorecer su desarrollo físico e intelectual. Los padres son los responsables directos de cuidar a los niños (abrigo, higiene, frío, alimentación, educación y vestido).

Para conservar la salud es importante no consumir alcohol y "*no tener vicios*" (cigarros, etc.). Del mismo modo es importante el descanso y el sueño "*para recuperar las energías*" .

> *"Se enferman de su cuerpo sólo los que toman, los que toman. Coca, trago pues, cigarro". (Francisca, partera)*

4.4. Las imágenes de la reproducción

4.4.1. Menstruación

Es conocida con el nombre de "*mes*", "*meses*" o "*nuestro mes*", además del propio nombre de menstruación. La menarquia se considera temprana cuando se presenta a los doce años y tardía a los diecisiete. La mayoría afirma que normalmente se presenta entre los catorce y quince años.

En cuanto al lugar donde se forma la menstruación, hay referencias indistintamente que se produce en "*el parto*" (vagina), en "*el óvulo*", en "*el ovario*" o en "*la madre*" (útero). Sólo una pequeña parte de los informantes se refieren al útero con el nombre de "*madre*", ya que esta denominación puede referirse tanto al ovario como al útero.

La menstruación se produciría para "*limpiar el cuerpo*", ya que durante esos días "*se bota toda la sangre mala*". También refieren que la menstruación se presenta por el solo hecho de ser mujeres.

> *"Una limpieza de sangre bajará pues eso, señorita eso es regla". (Grupo focal, mujeres 15 – 29 años)*

Las mujeres si bien toman cuidados específicos durante los días de menstruación, continúan realizando normalmente sus actividades. El primer cuidado a guardar es la abstinencia sexual, porque esos días son "*peligrosos*" y podrían quedar embarazadas.

> *"No toman nada, sólo se cuidan de no tener hijo, en los días de la regla tampoco pueden tener relaciones, porque puede haber hijo". (Grupo focal, mujeres 30 – 49 años)*

Están prohibidos los cítricos porque provocan la "*coagulación de la sangre*", y el mango porque la sangre puede transformarse en "*hilachas o pelusas*", con la consecuente "*retención de la sangre*".

> *"Cuando está viniendo su sangre no puede comer naranja o mango. Dicen que nuestra sangre se puede volver amarillo, se vuelve amarillo dice la sangre. Y cuando comen también los mangos, dice que nuestra sangre se queda adentro y puede convertirse en pelusas, hilachas. Eso no baja limpio pues". (Francisca, partera)*

También se cuidan de actividades que demanden "*gran esfuerzo físico*", porque incrementa el flujo menstrual y puede producir "*hemorragias y la muerte*".

> *"Que no hagan peso, porque dice que echa más, por eso se le dice que esos días descanse un poco. Si baja demasiado puede darle hemorragia y morirse". (Grupo focal, mujeres 30 – 49 años)*

Durante esos días no deben caminar mucho porque "*se exponen al viento o al aire*" que "*congela la sangre formando coágulos*" y "*suspende*" la regla hasta el siguiente mes, en el que se presentará con gran dolor.

> *"Si el viento viene, la sangre se congela adentro y se hincha la barriga. La barriga hincha y adentro la sangre se pone grumosa. …cuando esas cosas pasan, pasaron ya así y cuando ya viene al otro mes, duele como para el bebe, viene doliendo más pues". (Francisca, partera)*

El tratamiento se realiza con sahumerios preparado con "*waira copal*", incienso, tela de araña, excremento secos de cuy y gallina. Se sahúma a la mujer en cuclillas, a la altura de sus genitales. Con este tratamiento la sangre fluirá normalmente. Si no obtienen los resultados esperados, se hace hervir agua de manzanilla y se coloca en paños calientes a nivel del hipogastrio, nalgas y toda la región sacra (a manera de pañal). Luego con un jabón blanco (de lavar ropa) se enjabona toda la vulva y nalgas hasta el hipogastrio.

> *"Y con eso está normal y sano. Le saca lo que adentro le estaba chocando, hacia afuera. La manzanilla es lindo, es bueno". (Francisca, partera)*

Los cuidados más practicados son *"no bañarse", "no mojarse las manos" y "no lavar las ropas"*, porque si *"el frío entra por las manos"*, la menstruación se "*corta*" o "*se detiene*".

> *"Otras lavan la ropa y a veces se detiene la regla y se le dice que no hagan eso, porque la regla se detiene adentro, se puede formar tumor con la sangre coagulada. eso se les informa porque algunas no saben". (Rosa, partera)*

Los problemas causados por el frío y el agua, se tratan con mates de *apio* y *orégano*, los cuales regularizan y calman el dolor (la presencia de "*coágulos*" desencadena cólicos menstruales dolorosos).

A pesar de estas contraindicaciones las mujeres principalmente las más jóvenes, realizan su higiene genital durante esos días, porque consideran que la menstruación es algo natural y no una enfermedad.

"Yo también me lavo, me hago limpieza, no me acostumbro cuando me baja la regla, me quito la ropa y enseguida me lavo, pero natural nomás me viene". (Grupo focal, mujeres 15 - 29 años)

Existen casos de mujeres que prefieren estar embarazadas o dando de lactar, porque se "*sienten mejor*" sin menstruar mensualmente, sin molestias e incomodidades.

"No quieren porque algunas dicen: 'Cuando tenemos hijos estamos normales, cuando no tenemos hijos es peor, porque nos ensuciamos con nuestra sangre'. El "mes" hasta como hemorragia les da. De esas cosas tienen miedo". (Francisca, partera)

La falta de información de padres a hijas sobre la menstruación, traerá como consecuencia miedos y temores. Las mujeres piensan al ver la sangre y sentir dolor, "*que algo ha reventado*". Sienten también temor de comunicarlo a sus padres por vergüenza y recurrirán a amigas o a la partera.

"De mi parte está viniendo sangre. ¿Por qué será?. Tengo miedo avisarle a mi mamá. ¿Por qué?. ¿O es que me ha pasado algo?. Así estoy. Me moriré seguro. Me moriré. ¿Por qué me habrá venido así la sangre?. Me viene con dolor de barriga. Así me decían". (Francisca, partera)

"Dentro de un momento, cuando estaba durmiendo y me desperté, estaba durmiendo como encima de agua. Así pues amanecí, asustada pues, avisé a mi hermana y me dijo que es normal y recién me calmé. Antes las mamás no contaban". (Grupo focal, mujeres 30 – 49 años)

4.4.2. Fertilidad y concepción

Hombres y mujeres afirman que la mujer a partir de la menarquia está apta para tener hijos. Consideran como una edad ideal para concebir a partir de los 20 años, lo cual pocas veces se cumple

Existe un desconocimiento generalizado sobre la fertilidad y la fecundación. Las parteras capacitadas son las únicas que conocen de manera aproximada las funciones del óvulo y del espermatozoide en la fecundación.

"Sí, nosotros también llamamos así, la espermatura, otros cómo lo llamarán pues. Dice la espermatura viene por millones, de venir pues, pero sólo unito es el más vivo y sólo eso queda. Ese, el más vivo será pues quien entra y se cierra, entonces, el resto ya no entra, si la mujer está con el hombre, sino, no pues"

"Porque madura el óvulo. si no madurara, no tendríamos hijos". (Rosa, partera)

El embarazo es conocido con el nombre de "*atraso*" y se produce - para las informantes - cuando la pareja mantiene relaciones sexuales durante los días de menstruación.

"Cuando está con su esposo en los días de la regla hay peligro, 2 días antes hasta 8 días después". (Rosa, partera)

El embarazo es confirmado por la ausencia del flujo menstrual y a partir de esta fecha se lleva la cuenta.

"La sangre ya no viene. Ya no viene su menstruación. Ahí se dan cuenta. En qué mes habrá venido y en que mes ya no viene. Entonces de cuando ya no viene, cuenta pues" . (Grupo focal, mujeres 30 - 49 años)

El lugar donde se realiza la fecundación, implantación y desarrollo de la gestación es desconocido. Al respecto refieren ubicaciones indistintamente (*"la placenta", "la madre", "la barriga", "el parto"* (vagina) y/o *el ovario.*

"Esa madre es ovario, ...En la madre, útero, en nuestra madre". (Grupo focal, mujeres 15 - 29 años)

4.4.3. Prácticas anticonceptivas

Las mujeres pueden acceder a la planificación familiar, solo bajo el conocimiento y consentimiento previo del esposo. Como la mayoría de ellos no aceptan los métodos modernos disponibles en el puesto de salud, se encargan personalmente de cuidar a sus esposas empleando los métodos naturales.

"Yo no me cuido, a mí me cuida mi esposo normalmente". (Grupo focal, mujeres 30 – 49 años)

Hombres y mujeres conocen que el puesto de salud oferta diferentes métodos de planificación familiar, incluso los conocen por nombre, pero son reticentes a convertirse en usuarios. Las parteras aconsejan a algunas mujeres que acudan a los servicios de planificación familiar en establecimientos de salud.

"Siempre les digo que se cuiden o que se pongan espiral, o que su esposo use condón"

"Si tienen 3 hijos que se operen ya. Tantos hijos ya tienes. Tener muchos hijos para pobre no". (Rosa, partera)

Consideran por algunas experiencias que la anticoncepción quirúrgica puede fallar o presentar complicaciones, esto produce resistencia a emplear dicho método.

4.4.4. Menopausia.

La menopausia conocida también como "*edad crítica*", es reconocida claramente por las mujeres por sus manifestaciones biológicas y psicológicas como dolor de cabeza, hemorragias vaginales esporádicas y cambios bruscos en el carácter.

"Mi mamá es también así, terriblemente aburrida, si no cocinas bien, la comida también lo bota a los rincones"

"Pero, eso dicen sigue, eso dice que si las mamás son un poco malas, la edad crítica les deja buenas y si es buena se vuelve mala, renegona". (Grupo focal, mujeres 30 - 49 años)

Las mujeres refieren que durante la menopausia deben alimentarse bien. La edad en que se presenta la menopausia guarda relación con la edad de inicio de la menstruación.

"De eso dicen que si menstruamos a los 11 años o menos, dice también antes tienen menopausia, se corta a menos edad". (Grupo focal, mujeres 30 - 49 años)

4.5. Parteras, sobadores/as y familiares

Las parteras aprendieron el oficio en una transmisión familiar; de padres a hijos y de tíos a sobrinos. Primero observando y luego efectuando directamente la atención del parto.

> *"Mi mamá arriba en el cerro tenía una vecina y entonces, cuando mi vecina daba a luz, no había quien lo atienda, entonces, estábamos juntas con mi mamá, entonces mi mamá atendió a mi vecina. Ella le atendió y cuando le atendía yo le veía de niña pues. Miraba lo que mi mamá atendía, …de eso nomás yo aprendí". (Francisca, partera)*

Los familiares que atienden partos aprendieron el oficio "*por necesidad*", al tener que ayudar a sus esposas sin contar con nadie. Como en general los esposos participan activamente durante el parto, hay un nivel de conocimiento básico.

> *"Sí mamita, porque gestando ella se había caído, se había malogrado, por eso era yo recién muchacho, con 18 años, entonces aquí [cadera] se había golpeado y así sucedió accidente, y como yo tengo animales, yo me fui, así como ahora, entonces se murió. Por eso aprendí". (Familiar que atiende partos)*

Las parteras manifiestan que atienden partos porque "*les agrada y les gusta*", por servir a la comunidad y para que la madre y el niño estén bien. Brindan la atención con cariño, paciencia, dedicación y empatía, por ello las mujeres siempre las solicitan . Por su parte las parteras nunca niegan prestar sus servicios, para lo cual incluso se trasladan hasta lugares muy lejanos.

> *"Bonito nomás las atiendo, no le resondramos, suavecito le atendemos, con cariño. Con cariño y bonito así…, aunque ellas hacen... es así el dolor nos agarra. No te asustes, ya estoy a tu lado, de qué te asustas, ...normal está viniendo, le digo. Te estoy controlando, entonces, no te asustes. No digas*

que te vas a morir que es peor. Pide a Dios, que estamos en sus manos". (Francisca, partera)

El "saber" de las parteras fue adquirido desde la experiencia asimilada a lo largo de sus vidas. En algunos casos la capacitación recibida complementó este conocimiento. Las actividades que habitualmente las parteras realizan, son las siguientes:

a) Acomodos y masajes durante la gestación en casos de situaciones transversas y oblicuas. Ocasionalmente en casos de presentación podálica, aunque reconocen que éste es más difícil y a veces hasta imposible.

"Entonces cuando vienen nosotras controlamos si está transverso o si también está de costado el bebe, la cabeza del bebe pues, entonces no estás normal le decimos. Con eso ellas están contentas. Ya no tienen miedo de que se mueran, de que esté transverso o que no esté bien si es transverso, ahí es que se cuidan ellas. De eso es la preocupación". (Francisca, partera)

b) Atención del parto y del recién nacido. Atienden partos de bajo y mediano riesgo. En oportunidades, dadas las circunstancias se encuentran con partos complicados y distósicos (circular de cordón, presentaciones compuestas y podálicos).

"Incluso algunos nacen de potito. Si he atendido. Su piecito se había puesto así. Casi se muere". (Francisca, partera)

Las parteras refieren que no cobran por sus servicios, pero si pueden recibir *"la voluntad y agradecimiento"* de las personas, en dinero, víveres o alimentos.

5. LOS PROCESOS REPRODUCTIVOS RELACIONADOS CON EL PARTO

Se presentan los aspectos mas saltantes en relación a las similitudes, como a las diferencias encontradas en las comunidades estudiadas.

5. 1. La gestación

Se reconoce el embarazo por la ausencia de menstruación y por los signos y síntomas que le son comunes.

Un embarazo normal dura nueve meses, pero en algunos casos puede adelantarse o extenderse. Existe la percepción que para las bebés mujeres el parto se adelanta, y para los bebés varones se retrasa.

Los signos más frecuentes de la gestación identificados por las mujeres son: palidez, cambios en el semblante, manchas en la cara y aumento de peso a partir del cuarto o quinto mes. Los síntomas referidos son: sueño, dolor de cabeza, "*aburrimiento*", disminución de la visión, pérdida de apetito, "*asco*" a la comida, nauseas y vómitos.

Aprecian que el desarrollo del embarazo se produce, indistintamente, en la barriga, en el útero o en el ovario.

La población conoce los cuidados básicos y elementales del embarazo y valora que estos favorecerán tanto a la madre como al niño. Sin embargo, los roles que la mujer asume en el hogar, no permiten cumplir los cuidados considerados necesarios para el embarazo. Sus actividades continúan siendo las mismas, diarias y permanentes. Sólo en el noveno mes o en los días próximos al parto descansan y se quedan en casa, esperando el momento del parto. Pocas mujeres disminuyen o interrumpen las tareas de pastoreo desde el octavo mes. El varón participa en estos cuidados estando pendiente de las necesidades y requerimientos de las gestantes, porque un descuido podría ocasionarles la muerte.

En Manallasac las parteras capacitadas reconocen algunos signos de alarma en mujeres primerizas y multíparas como: el edema, la hemorragia o los problemas de "*debilidad*" y anemia. Cuando los detectan derivan a las gestantes al establecimiento de salud.

En Nueva Esperanza, Andahuaylas, se da mucha importancia a la alimentación, así como a no realizar actividades que requieran esfuerzos físicos, porque se expone a la gestante a riesgos y complicaciones

Para las parteras de Andahuaylas, las buenas relaciones familiares y conyugales favorecen el desarrollo del embarazo y sobre todo el bienestar del niño. Para esto recomiendan "*hacer entender de buena manera*" a los esposos ("*bonito nomás*"), evitando "*renegar y discutir*".

Es importante resaltar que las mujeres de Nueva Esperanza aceptan y combinan los cuidados biomédicos y tradicionales. Se considera dentro de los

cuidados: practicar ejercicios, vacunarse contra el tétanos, complacer los antojos, tomar agua de *valeriana* para un "*buen embarazo*" y descansar semanas antes del parto.

En Nueva Esperanza, las parteras no sólo realizan el acomodo durante la gestación, también diagnostican el embarazo a través del pulso y por medio de la inspección y palpación del vientre, pueden afirmar si el producto será niño o niña.

El embarazo puede presentar un conjunto de problemas y complicaciones por las actividades propias del campo y las condiciones de vida de las mujeres campesinas.

Los principales problemas identificados durante el embarazo son:

a) Presentación y situación del feto en forma oblicua o transversa. Atribuido a las actividades del campo. Así mismo puede presentarse la posición podálica y el encajamiento previo hacia la pelvis, en este caso la partera hace "*el masaje*", el acomodo manual o "*sacudones*" muy suaves a los costados y la parte trasera, ("*suyso*", "*suy suy*"). En la presentación oblicua o transversa, los esposo hacen el acomodo con un ligero "*sacudoncito*" ("*chumpi*"). Para evitar los dolores causados por la mala posición del feto, la partera recomienda además mates de hierbas, como la *muña.*
b) Ruptura prematura de membrana ("*reventar el liquido*"), debido a actividades físicas "*pesadas*" en el campo (labrar la tierra) y partos prematuros. La solución es la derivación al hospital.
c) Edemas en la vulva, el vientre y/o pies. En este caso la partera recomienda en Manallasac ir al puesto de salud, o realizar baños con infusiones como el "*canciri*"
d) Edema a nivel de miembros inferiores. Atribuido a la presión que ejerce el bebé en los riñones cuando está en situación transversa. El tratamiento consiste en el acomodo.
e) Hemorragias. Por complicaciones del embarazo o por amenaza de aborto relacionadas al antojo ("*muna*"). Se trata con mates de hierbas y proporcionando "*el antojo*".
f) Mareos, "*chispas de los ojos*", o "*ver luces*". En Manallasac a las gestantes débiles se recomienda una buena alimentación y vitamina de la posta.
g) "*Regla blanca*" o leucorrea. En Manallasac los casos que no respondan a las hierbas, son derivadas al puesto de salud.

h) Amenaza de aborto o aborto. Este es considerado como el principal problema en Julcamarca. Mencionan las siguientes explicaciones para este descenlace:
   - alteraciones emocionales ("*colerón, aburrimiento*") para lo que recomiendan tomar jugo de la "*flor de mutuy*", "*isqana*" y "*sillcao*" molido, en agua hervida fría.
   - "*puquio*", en este caso "*el bebé muere dentro de la madre*" y es expulsado. El tratamiento consiste en tomar sumo de *nabo silvestre*, "*hyallhua*", *ajo* y *ruda* en agua hervida fría con unas gotas de *aceite rosado*.
   - antojo (*muna*) que es atribuido al bebé. En este caso la gestante debe comer lo que antoja y si no hubiera debe tomar agua de *muña* con la *caña seca del maíz*, ("*turusco*"), *pan quemado, comino* y *arroz tostado*.
   - los traumatismos por caídas, golpes, excesivo trabajo o maltrato del cónyuge.

Atención prenatal y recursos utilizados. Las mujeres de Manallasac habitualmente no se controlan en el puesto de salud. Actualmente a incrementado en algo el control prenatal gracias al seguimiento que hace el personal y la motivación y derivación que realiza la partera en casos de riesgo.

Sin embargo tanto en Ayacucho como en Andahuaylas, quienes acuden al puesto de salud no dejan de solicitar los servicios de la partera, porque tienen mas confianza en ella, encuentran más calor humano y porque en el puesto de salud no hacen el acomodo. Los esposos por lo general también prefieren que la partera revise y acomode a sus parejas. Las mujeres de Julcamarca por el contrario no tienen costumbre de asistir a la consulta ni al control prenatal y acuden a la partera sólo para casos puntuales durante la gestación. Motiva lo anterior la vergüenza y el pudor. Frente a problemas o malestares, acuden a la madre o al esposo, quienes hacen el *acomodo* o *suysuy*. Si persiste el problema recién acuden a la partera.

En general las mujeres acuden a la partera, cuando tienen malestar y dolor debido a la mala posición del bebe. La partera masajea el vientre con grasa de vaca, de gallina ("*infudia*") o "vick vaporub" y luego "*acomoda*" mediante sacudones desde las caderas o desde el sacro, de acuerdo a la posición que le atribuye al bebé. Mientras que en Nueva Esperanza, Andahuaylas, las mujeres acuden desde el inicio, para el diagnóstico del embarazo.

Especialmente en Manallasac y en Nueva Esperanza, acuden permanentemente a la partera, así el bebe no esté en mala posición, debido a que les agrada y les hace sentir seguras.

5. 2. El parto

Los partos se desarrollan en un cuarto de la casa de la parturienta. Es un cuarto aparte, algo discreto, donde no moleste la presencia, ni la bulla de niños y animales. Consideran que la bulla podría detener las contracciones (*"pacpa"*) y el trabajo de parto.

Si la familia cuenta con una cama o catre, el parto se atiende allí. En su defecto el parto se realiza en el suelo sobre cueros y pellejos. Si existieran espacios abiertos, éstos se cubren con ponchos y mantas, para no permitir el ingreso del frío o del viento.

El parto domiciliario brinda seguridad emocional y tranquilidad a las mujeres, ya que está cerca de los suyos y puede recibir su apoyo. Esta cercanía generalmente no es posible en un establecimiento de salud. Las mujeres si van a ser atendidas por profesionales de salud, prefieren que sea en su casa.

En el parto participan generalmente tres personas: la partera, el esposo y la madre de la gestante. De no encontrarse la madre, puede ser la hermana o la suegra.

El esposo sostiene la cintura de la parturienta, la tiene sentada en sus rodillas, mientras que la madre apoya a la partera. Los esposos jóvenes sin experiencia, solicitan ayuda al suegro o a sus padres, ellos sostienen por la cintura de la parturienta, mientras el esposo ayuda a colgar la soga del techo (para que la mujer se sujete en los momentos de contracción). Cuando pasa la contracción, el esposo la ayuda a caminar.

Las etapas del parto

Para las parteras, el trabajo del parto se inicia con dolores y contracciones suaves y distanciados. Conforme va avanzando, éstos se intensifican bajando en la etapa final un líquido mucoso y sanguinolento .

La familia llama a la partera, cuando las contracciones iniciales se intensifican y se presentan seguidas. La partera mide la dilatación por tacto. Observa en la coca como se desarrollará el parto, si la paciente "*tiene salud*" y por lo tanto

si el parto *"va demorar o apurar"*. También observa la intensidad de las contracciones y la altura de presentación.

En Huancavelica los familiares buscan a la partera una vez que constatan las contracciones de la mujer, luego de evaluar la posibilidad de atender ellos mismos el parto. Esto es una gran diferencia con las otras dos localidades, en Huancavelica se prioriza la atención por los familiares antes que por la partera. Las técnicas y recursos empleados son similares.

Algunas mujeres continuan normalmente con sus actividades cotidianas, incluso hasta el día anterior al parto, porque se sienten sanas. Los días previos al parto prepara su ropa y la del bebé, mientras el esposo *"alista el carnero para preparar el caldo"*.

Durante el trabajo de parto, la partera evalúa el avance *"al cálculo"* (como ellas señalan), guiándose de los síntomas que la parturienta va manifestando y al mismo tiempo palpando el vientre. Cuando la mujer presenta contracciones más intensas y la sudoración se hace profusa, la partera se prepara para recibir al bebé. Alista un trapo, una toalla o una sábana, además de una hoja de afeitar o tijeras y algodón para cortar el cordón.

En Andahuaylas, las parteras detectan el avance de la dilatación a través del pulso y de acuerdo a esto se preparan para recibir al recién nacido. Conforme la dilatación avanza, el pulso se torna cada vez *"más acelerado"*. Para recibir al niño alista un pañal y para ubicarlo preparan un ambiente o una cama limpia, porque consideran que los niños "*a veces vienen limpios*" y no pueden llegar a un ambiente sucio.

Si el dolor es intenso y no hay sudoración, las parteras y familiares acostumbran dar agua caliente de alguna hierba, para que aumente la temperatura de la parturienta y ayude a la dilatación. Con el mismo propósito también se acostumbra dar de tomar algún licor o cañazo. Además proceden al sahumerio con muchas hierbas medicinales secas. Habitualmente se aplica entre las piernas, envolviendo a la mujer con una frazada.

En las primerizas usan *"el aceite rosado"*, aplicado a nivel de la horquilla vulvar para "*ablandar*" el canal vaginal y evitar desgarros.

Las parteras capacitadas en Andahuaylas, hacen hervir agua para realizar la higiene vulvo perineal en el momento del parto.

El trabajo de parto.

Durante el trabajo de parto, las parturientas optan por diferentes posiciones, algunas deambulan, se sientan o se recuestan. Ellas deciden y determinan la posición en la que quieren permanecer.

El esposo sostiene la cintura, para ayudar a la mujer, presionando hacia abajo, para favorecer el expulsivo o para evitar que el útero "*suba hacia el estómago*". La madre o suegra ayudan a la partera en todo lo necesario.

Las posiciones que adoptan las mujeres para el parto son por lo general: sentadas en la rodilla del esposo sobre frazadas dobladas, de cuclillas, arrodilladas sobre el pellejo o paradas. Para darse fuerza se agarran de una soga colgada del techo y en los tres casos, siempre el esposo sirve de apoyo.

La partera coloca pellejos, frazada y un plástico en el piso para no mojar.

Las mujeres no tienen costumbre de ejercitar la respiración durante el parto, porque piensan que cuando ellas "*respiran fuerte*", el niño "*se vuelve hacia el estómago*".

Se utiliza la coca para pronosticar el desarrollo del parto, pero también como recurso para animar y "*tomar valor*". Todos los presentes (familiares, partera y parturienta) chacchan coca.

El nacimiento.

Con el avance de las contracciones, la mujer empieza a sudar profusamente. Algunas parteras evaluan la vena de las manos y señalan que la vena "*se pone tensa*" a la vista. La partera se coloca delante de la parturienta para recibir al bebé, mientras el esposo sujeta la cintura. Se recibe al recién nacido en una toalla o trapo para que no resbale y caiga al suelo, luego se corta el cordón y se deja envuelto en un lado, mientras se atiende a la madre.

En Manallasac y en Julcamarca las parteras no capacitadas y algunos familiares que atienden partos, dejan que el recién nacido caiga al suelo sobre los pellejos. No adoptan ningún cuidado para evitar el desgarro.

El alumbramiento: placenta y cordón

La placenta es conocida por la población como "*parís*" (par del niño), mientras que las parteras capacitadas manejan el término placenta.

El alumbramiento se puede producir inmediatamente después del expulsivo o media hora después del nacimiento. Este último caso es considerado por la partera y familiares como un tiempo excesivo.

Después del expulsivo se fija el cordón con un hilo, lana o pita y se corta luego con una tijera, hoja de afeitar, teja o callana. El otro extremo del cordón se amarra al tobillo de la mujer, para que *"no regrese hacia adentro"*. Las parteras no capacitadas cortan generalmente el cordón umbilical entre quince a veinte centímetros de largo, mientras que las capacitadas emplean un tramo más corto.

Luego de cortar el cordón lo limpian con alcohol, o aguardiente y colocan un algodón natural. En los casos en que no amarran el cordón, este es sujetado con una faja u ombligueras. Las parteras capacitadas usan alcohol yodado y gasa, proporcionado por el puesto de salud. Antiguamente se pensaba que si el cordón se cortaba con tijera u otro material de acero, el bebe podía "*resultar ladrón*", "*vivir entre cuchillo y tijera*", o también podía "*destruir su ropa*", por ese motivo se empleaba la teja.

Si el alumbramiento no se produce en un máximo de 30 minutos después del nacimiento, las parteras y/o los familiares recurrirán a un conjunto de técnicas para acelerar su expulsión. Provocan naúseas con una cuchara (de palo) en la boca, para que mediante las arcadas la placenta salga rápido. Tambien realizan un pequeño movimiento del cordón o presionan la parte inferior del estómago. Utilizan la "*infundia tibia de la gallina*" (especialmente en Andahuaylas) para hacer frotaciones en el abdomen.

Una vez que sale la placenta, es revisada para ver si está completa y se entierra "*detrás del fogón*" por decisión de los familiares. Esta costumbre obedece a que es tierra seca y cocida que evitará que la puérpera se edematice o presente fiebre puerperal.

Mientras no se produce el alumbramiento, el esposo permanece sujetando a la parturienta de la cintura, porque aún continúan los dolores y así evitan que el útero "*vuelva al estómago*" en busca de su bebe y cause la muerte de la puérpera.

Durante el proceso del parto se puede presentar un conjunto de problemas que ponen en riesgo tanto la vida de la madre, como la del recién nacido. Los principales problemas identificados y las soluciones que realizan son:

a) Hemorragias, tratadas con sahumerios y mates de hierbas locales.
b) Situación transversa o presentación podálica del feto. En este caso la

partera hará el masaje o acomodo *("suy suy")*, suavemente y sólo con las manos.

c) *"Retraimiento del parto" ("pacpa")*, producido por ruido de niños o animales. Por eso alejan a los niños del lugar.
d) Desmayos *("hikcho, gipo o hipo")* debido *"a debilidad"* por los esfuerzos realizados por la madre durante el parto, o por que el útero *"se sube al estómago"* e impide la respiración. En este caso hacen inhalaciones de alcohol o timolina *("pulsear")*, proporcionan mates calientes de hierbas, o colocan una *"faja con rollete"* a la altura de los bordes costales.
e) Retención Placentaria. Se soluciona provocando náuseas.
f) Retención de restos placentarios. En este caso administran mates de hierbas, además de sahumerios de hierbas secas con excremento de animales.
g) En Andahuaylas, se informan de casos de prolapso de manos y prolapso de cordón que generalmente se derivan al hospital. Previamente las parteras intentaron devolverlo hacia el útero.
h) También en Andahuaylas refieren casos de circular de cordón (doble, triple o ajustado) detectados durante el expulsivo. Además señalan otros en que el cordón envolvía los miembros inferiores haciendo que el expulsivo sea largo y dificultoso.
i) La demora de más de una hora en el alumbramiento, es considerado un problema para la parteras y familiares. Por esta razón tienden a manipular y a traccionar el cordón, pudiendo causar su ruptura y la presentación de posteriores complicaciones.

5. 3. El puerperio

Consideran que el puerperio puede durar entre ocho a quince días como mínimo y prolongarse hasta 30 días, de acuerdo a las posibilidades de apoyo por parte del esposo y los familiares. Anteriormente, el descanso duraba indefectiblemente un mes. En la actualidad si la mujer necesita realizar sus quehaceres, se levanta incluso antes de los 8 días.

Durante el puerperio la mujer recibe los siguientes cuidados:

a) A la mayoría se les coloca el *"chumpi"* y el *"rollete"*, además de proporcionarles agua de *madre selva, co*n la finalidad de que el útero *"no las tape"*, ya que que el útero *"salta buscando al niño"* y puede *"matar a la madre"*.

b) Se faja el contorno de la cabeza *"a la altura de la sien"*, para que los huesos que se han "*abierto*" durante el trabajo de parto, *"vuelvan a juntarse"*.
c) Higiene vulvar con agua tibia y hierbas.
d) No se permite la exposición al aire y al frío. Se les abriga y se les acuesta de costado, *"nunca mirando el techo"* porque pueden sufrir desmayos.
e) Mates calientes de *manzanilla* o *muña*.
f) Se conversa y se le anima hasta que la partera o los familiares consideren necesario que descanse y duerma.
g) Se proporciona caldo caliente de carnero tierno (en los 3 primeros días deben ser livianos para evitar gases u otras molestias estomacales). Se da especialmente el caldo y no la carne, porque se considera que la puérpera se encuentra cansada.

Las parteras capacitadas realizan visitas a las puérperas hasta en 2 ó 3 oportunidades. Indaga sobre su salud, si hay necesidad de ajustar el rollete, realizan la higiene vulvo perineal y cambian los paños. Aconsejan no caminar mucho, no tocar agua fría y alimentarse bien.

5. 4. Atención al recién nacido.

El recién nacido es atendido finalizada la atención a la madre. En algunos casos proceden a cortar el cordón y a ligarlo con un carrete, en otros lo dejan vinculado al cordón hasta terminar de ocuparse de la madre.

Anteriormente casi no se atendía al recién nacido, priorizando de manera general el cuidado de la madre. Actualmente las parteras (capacitadas) en Manallasac y Andahuaylas atienden a ambos con igual interés y dedicación.

El recién nacido, recibe los siguientes cuidados:

a) Se *"da aire"* y se limpia la nariz y la boca.
b) Se limpian los ojos.
c) Se cura el muñón con alcohol yodado después de cortarle el cordón y amarrarlo con hilo *"a cuatro dedos"*, protegiéndolo con gasa y luego se le faja con un "*chumpi*" u ombliguera. Anteriormente se usaba alcohol o aguardiente y algodón natural
d) Se limpia el cuerpo con un trapo. A veces suelen bañar al recién nacido con agua caliente, inmediatamente .

e) Se le viste y abriga . Se envuelven los brazos estirando las manos a los costados, fajándolos con un "*chumpi*", o con la manta (*qillpu*). Se considera que "*asi dormiran mejor y no se asustarán*" al mover sus propios brazos y manos.

El baño del recién nacido se efectúa en Andahuaylas generalmente al tercer día, para evitar que enferme de complicaciones bronco respiratorias.

En Julcamarca el bebé recibe menos atención que la madre. Una vez que nace lo cubren con ropa y es dejado a un lado para atender a la madre.

También en Julcamarca cuando el bebe nace mal o muere al nacer, se piensa que la madre contrajo el *"puquio"*. Se reconocerá porque nace con *la "boca seca y amoratada*", en este caso se le dá *"aceite rosado"*.

Cuando los bebés nacen rígidos, consideran que ha sido debido a *"los nervios"* de la madre, por que *"renegó"* o tuvo *"colerones"*. Otros bebes nacen con los brazos o piernas *"dislocadas"*, en este caso lo "*arreglan*" con masajes muy suaves.

En general en las tres zonas hay referencias que algunos bebés "*nacen con los ojos hinchados" o "con la cabeza hinchada*" (caput). En estos caso proceden a lavar los ojos, la cabeza o inclusive todo el cuerpo, con infusiones de hierbas.

Otro problema reportado es la infección del muñón. La partera deriva estos casos al servicio de salud si es que que ha recibido capacitación.

Otros casos derivados son los de niños deprimidos por tragar el líquido amniótico, cuando existen problemas respiratorios (atribuidos al baño inmediato al nacer) y los casos de estreñimiento.

5. 5. Lactancia materna

La leche materna se produce en algunos casos inmediatamente, en otros hay la referencia que es recién después de 24 horas o más. Las madres colocan al bebé al pecho recién cuando llora. Hay temor de hacer lactar el calostro, pues piensan que puede *"dañar el estomago"*. Cuando la madre no tiene leche, dan agua de manzanilla al bebé.

En Andahuaylas las mujeres conocen los beneficios de la lactancia materna. Esto lo aprendieron por experiencia propia y a través de las charlas educativas del puesto de salud. Saben diferenciar el calostro de la leche y también conocen que la lactancia materna debe ser exclusiva, así la leche sea escasa.

La lactancia materna mixta es proporcionada al niño hasta los 2 años en promedio, lapso durante el cual, la mujer deberá alimentarse bien *"para tener buena leche"*.

Consideran que la madre lactante debe cuidarse de exposiciones al sol y al agua fría, así como "*abrigarse la espalda*" para que la leche "*no disminuya*" o "*se enfrie*" causando diarreas al niño.

En Julcamarca, las mujeres no dan de lactar de inmediato, generalmente lo hacen después de 24 horas. Si el bebé llora, le dan agua de hierbas (*culén, manzanilla, anis*) para "*preparar el estómago*" del bebé, porque consideran que el calostro causa "*el empacho*".

6. RELACIONES MUTUAS ENTRE EL PERSONAL DE SALUD Y LA POBLACIÓN

En las tres localidades estudiadas existe similitud en cuanto a la valoración práctica del parto domiciliario, pero presentan diferencias sobre la relación establecida entre la población y el personal de salud.

Estas características pueden permitir desarrollar estrategias de comunicación masiva similares para cada localidad, ya que el lenguaje y las prácticas son -con ligeras variaciones- las mismas, pero demandará considerar los problemas existentes para una mejor integración del personal de salud con la población.

Las estrategias de comunicación masiva, deben partir de considerar los extendidos temores de la población hacia el control prenatal institucional y las barreras que mantiene el personal de salud.

Es necesario poner un énfasis especial en Huancavelica, ya que se ha comprobado que es la zona donde existen mayores barreras para que la población acceda a los servicios de salud.

Otro aspecto a tener presente es la precaria atención al recién nacido, que afecta significativamente su desarrollo .

En relación a la lactancia materna, pareciera existir mayor asimilación sobre la lactancia exclusiva durante los primeros seis meses, que sobre la lactancia inmediata que no se practica con regularidad en las localidades estudiadas.

Respecto a la relación entre personal de salud y población, debe profundizarse el estudio y análisis en cada localidad, de los argumentos provenientes tanto de la población como del personal de salud, para desarrollar estrategias diferenciadas.

En Ayacucho y en Andahuaylas persisten prejuicios hacia el parto domiciliario y hacia los patrones de comportamiento rural frente a los servicios de salud. Sin embargo en Andahuaylas se están produciendo avances en el desarrollo de estrategias de relación por ambas partes.

En Huancavelica, existe un esfuerzo del personal de salud para relacionarse con la población e incorporar algunas prácticas tradicionales, pero la población aún desconfía y tiene ciertas resistencias hacia los servicios de salud.

Se ha constatado la necesidad que los modelos de atención de salud sean recreados de maneras más específicas a las localidades rurales, para lograr avances en el mejoramiento de la calidad y la cobertura de los servicios de la zona.

Capítulo V

Obstetriz, partera y madre luego del parto

Hallazgos etnográficos sierra norte: Ancash y La Libertad quechua/mestiza

MALAS RELACIONES AFECTIVAS CON LA NATURALEZA Y LA SOCIEDAD OCASIONAN ENFERMEDADES QUE AFECTAN EL PROCESO REPRODUCTIVO, ENFERMEDADES QUE DEBEN CURARSE REESTABLECIENDO LA ARMONIA EN ESAS RELACIONES

1. EL ENTORNO DEPARTAMENTAL Y LAS COMUNIDADES DE ESTUDIO

El estudio 3 se llevó a cabo en la sierra del departamento de Ancash (Región Chavín) y la sierra de La Libertad (Región La Libertad).

Ambas regiones tienen una importante presencia de la etnia quechua. La población se dedica principalmente a la agricultura y el pastoreo. En la región de la Libertad, 31.8% de la población total se concentra en zonas rurales.

En el departamento de Ancash, según la ENDES 96 los porcentajes de atención de parto en establecimientos de salud y domicilio son casi similares (40.4% y 43.9%). En el caso de los partos domiciliarios, 22.9% son atendidos por familiares y 18.6% por parteras.

En cuanto al control prenatal, 69.9% de gestantes recibió atención prenatal (41.8% a cargo de una obstetriz/enfermera y 27.4% a cargo de un médico).

En el departamento de La Libertad, el 55.6% de los partos ocurren en casa, 29.2% atendidos por parteras y 19.8% atendidos por familiares. El 42.5% de los partos ocurren en un servicio de salud. En relación al control prenatal, sólo 48.7% de las gestantes recibió atención (38.5% por un médico y 19.6% por obstetriz/enfermera).

1.1. La Libertad: Comunidad de Cochapampa

La provincia de Santiago de Chuco está ubicada en la parte sur-este del departamento de La Libertad, limitando con el departamento de Ancash. Situada a más de 3,300 m.s.n.m., cuenta con algunas pequeñas ciudades y cientos de caseríos y extensiones rurales. Comprende 8 distritos, todos predominantemente rurales, ubicados entre los 3300 - 3500 m.s.n.m.

Santiago de Chuco: Población según características específicas. 1997

PROVINCIA/DISTRITO	M E F	NACIMIENTOS	GESTANTES
Prov. Stgo. de Chuco	11,950	1,620	2,026
D. Stgo. de Chuco	4,341	601	752
D. Cachicadan	1,049	140	175
D. Sta. Cruz de Chuca	588	75	95

Fuente: DIRES. La Libertad

El estudio se desarrolló en 3 distritos y 5 localidades de la provincia de Santiago de Chuco. La sede principal del estudio fue el caserío de Cochapampa en el distrito de Santa Cruz de Chuca, a 1.5 horas de Santiago de Chuco y ubicado a alrededor de los 3,400 m.s.n.m.

Cochapampa es una vistosa comunidad de 80 viviendas de adobe y tejas, situadas en forma dispersa aunque siguiendo una lógica vinculada a la ubicación de chacras y manantiales. Se observa lo que podría ser el "*centro*" del caserío; un gran espacio "*como de 5 manzanas*", cubierto de grama en el que se ha edificado la capilla, la posta de salud, un pilón público y el campo deportivo. Los habitantes, refieren que cuando llueve el agua se empoza en este lugar, de allí provendría el nombre de Cochapampa ("*laguna en pampa*").

La población tiene como principal fuente de ingreso el trabajo agrícola. Los sembríos (principalmente de maíz, cebada, trigo, papa y árboles frutales) y la crianza de cerdos, ovejas y aves, proveen de recursos para la subsistencia.

La pobreza se ve reflejada no sólo en la falta de alimentos. El 40% de la población es analfabeta. El 60% no tiene acceso a agua potable, abasteciéndose

de puquios sin protección. La población restante se abastece de 2 pilones públicos. No existe sistema de desagüe, 50% posee letrinas y el otro 50% realiza sus deposiciones en el campo. No existe energía eléctrica. No hay colegios secundarios por lo que acuden a Santa Cruz de Chuco o Cachicadan. El alcoholismo en la juventud es un problema de cierta importancia, se consume licor de dudosa procedencia.

Según el Censo realizado por el personal de salud en agosto de 1997, la población de Cochapampa es de 361 habitantes, de ellos alrededor del 6 % son gestantes y casi el 20 % son mujeres en edad fértil.

El hospital Cesar Vallejo de Santiago de Chuco es la sede de la UTES Nº 7 de la Región de Salud. Esta UTES cuenta sólo con puestos de salud, aunque algunos de ellos con personal y funciones de centro de salud, como el P.S. de Cachicadan.

En los tres distritos que constituyen nuestro ámbito de estudio existen 4 establecimientos de salud: hospital Cesar Vallejo (Santiago de Chuco) y P.S. Cachicadan, con varios años de funcionamiento, mientras que los restantes (P.S. Cochapampa y P.S. de Santa Cruz de Chuca) han sido reabiertos hace un año, luego de un largo período de inactividad por la violencia terrorista.

El hospital brinda atención las 24 horas, mientras que en los establecimientos de la microred la atención se realiza entre las 7 a.m. y 7 p.m.

En la microred de salud "Christian Barnard", sólo el P.S. de Cachicadan atiende partos institucionales, alcanzando aproximadamente 4 partos al mes. La mayoría de partos son atendidos por parteras tradicionales. El 50% de parteras han sido capacitadas en alguna oportunidad por el MINSA. En los casos de Cochapampa y Santa Cruz de Chuca esta capacitación data de hace más de 10 años.

1.2. Ancash: Macate y comunidad de Huanroc

Ancash, con sus 21 provincias, se extiende en un área de 40,611 km2, donde habitan más de un millón de personas. Sólo 3 provincias (Santa, Casma y Huarmey) tienen acceso directo al litoral, el resto se ubica en la sierra, en la cordillera blanca o negra.

El estudio fue realizado en el distrito de Macate, único distrito serrano de la provincia del Santa, ubicado a 2,300 m.s.n.m. Dentro de éste se trabajó además del mismo Macate, en los caseríos de: Huanroc, Tucupará, Quihuay, San Blas y Quilcay.

En la medida en que no se atienden partos institucionales en Macate y Huanroc, se realizó las observaciones de este tipo de parto y del control prenatal institucional en el hospital "La Caleta" de Chimbote, de la misma provincia del Santa.

Población femenina según características específicas. 1997

LUGAR	M E F	GESTANTES
Utes La Caleta	83,859	8,615
D. Chimbote	68,578	6,749
D. de Macate	1,105	103
Macate	390	36
Huanroc y Caseríos del ámbito del P.S.	364	34

Fuente: DIRES Chavín

La zona de estudio es considerada como económicamente deprimida, tanto en el área rural (Macate y Huanroc) como el área urbana (Chimbote).

En Macate y Huanroc la sequía que dura ya varios años ha reducido la frontera agrícola, disminuyendo además la posibilidad de incrementar la crianza de animales. En Huanroc la situación se ve agravada por una plaga de hormigas que afecta los frutales, principal fuente de ingresos.

En cuanto a los servicios básicos Huanroc y Macate poseen agua potable, pero no desagüe. Solo esta última localidad posee energía eléctrica en la noche.

Chimbote es una enorme ciudad constituida por migrantes de la sierra de Ancash, La Libertad y Cajamarca. El desempleo es el principal problema, a lo que se suma los miles de despedidos de las empresas públicas (Siderperú, Pesca Perú) y las constantes vedas que dejan sin ingresos a miles de familias. El 75% de habitantes viven en pueblos jóvenes que suman alrededor de 120, mientras que los servicios básicos no llegan a decenas de ellos.

La Región de Salud Chavín, cuenta con 350 establecimientos de salud, de los cuales 13 son hospitales, 44 centros de salud y 293 puestos de salud. La

UTES La Caleta cuenta con un hospital, 7 C.S. y 41 P.S., abarcando las provincias de Santa y Pallasca.

Estos establecimientos se encuentran categorizados y jerarquizados en UTES poco funcionales en relación a las redes o microredes existentes en otras regiones.

El distrito de Macate cuenta con 2 puestos de salud, uno en Macate y otro en Huanroc con un total de 8 trabajadores: un médico, una obstetriz y el resto personal técnico sanitario o de enfermería.

El riesgo de enfermar y morir de la población del ámbito es elevada, debido a las carencias nutricionales, la contaminación del medio, las deficiencias en el sistema promocional y preventivo de la salud. Las enfermedades prevalentes en la zona son las del aparato respiratorio y del aparato digestivo. También tienen importancia las enfermedades del aparato génito-urinario, traumatismos, envenenamientos, etc.

Sobre la salud materna y perinatal cabe mencionar que entre enero y setiembre de 1997, han muerto 25 recién nacidos en el hospital "La Caleta" y 2 madres por complicaciones del parto y puerperio. En Macate y Huanroc en esas fechas no se registró ninguna muerte materna, aunque sí una muerte perinatal.

A nivel regional la mortalidad materna es de 163 x 100,000 n.v., pero aunque a nivel de la UTES no se conoce la tasa, se supone que la mayor parte de las muertes ocurren en establecimientos.

Si bien en Chimbote aproximadamente 85% de los partos son institucionales, en la zona del estudio (Macate y Huanroc) la mayoría de partos son atendidos por parteras. Entre enero y setiembre de 1997 se registraron en Huanroc 23 partos, de los cuales 19 han sido atendidos por parteras o familiares (82%).

En la UTES La Caleta, en el primer trimestre de 1997 se registraron 2,011 partos, de los cuales 1,291 fueron atendidos por parteras o familiares (64%) y 720 fueron institucionales (36%).

2. ETNOFISIOLOGÍA Y SABER CULTURAL.

SIERRA DE LA LIBERTAD

2.1. Las relaciones hombre - mujer

Las relaciones hombre/mujer están de acuerdo a las concepciones, requerimientos, patrones y roles establecidos para cada uno de ellos en la comunidad.

Hombres y mujeres ocupan espacios distintos. La mujer se identifica con la casa, el trabajo doméstico, la administración del hogar, mientras que el hombre es identificado con el trabajo en la chacra. Obviamente, esta percepción no implica que en la práctica la mujer no realice labores en la chacra y el hombre en la casa.

> *"Yo le pedía a Dios que me diera otra hija mujer, para que me ayude…, la hija mujer mucho ayuda en la cocina y los hombres se van a la chacra a trabajar". (Maura, mujer atendida por partera, Sta. Cruz de Chuca)*

En cuanto a las características de hombres y mujeres. Se espera que los primeros sean "*trabajadores*", ocupándose de las labores agrícolas; que sea "*bueno*", en el sentido de que cuida de la mujer y los hijos y no los maltrate, "*que no sea guapo*", es decir malo o violento , hecho que parece frecuente en la zona.

> *"Los varones deben ser trabajadores, que no sean haraganes, que sean buenos, que no sean guapos (malos), que no nos peguen, son guapos, toman un traguito y llegan a pegarnos… que no sean enojones, se molestan rápido, cuando son buenos no llegan a pegarnos o resondrarnos". (Grupo focal, mujeres 30-40 años. Cochapampa)*

La mujer debe ser trabajadora, "*de su casa*", que ayude y atienda al esposo, que cuide de los hijos y los animales y que no tenga otros maridos. La comunidad sanciona los casos de infidelidad y abandono en las mujeres, que aunque raros ocurren.

"La mujer debe ser de su casa, no tener otros maridos, cuidar a los hijos, ayudar en la chacra y, sobre todo, ser muy trabajadoras". (Varón entrevistado. Cochapampa)

2.2. La mujer y el varon sanos

2.2.1. La mujer sana

En la comunidad se concibe como mujer sana, a aquélla que tiene capacidad suficiente para "*hacer de todo*": trabajar en el hogar (atender al esposo, criar a los hijos y realizar las labores domésticas), además de compartir las labores agrícolas con el esposo. La mujer sana es "*alegre, tranquila*", *"no tiene ningún dolor"* y está "*buena*", es decir saludable, lo cual obedece al auto cuidado.

> *"Las mujeres sanas cocinamos, lavamos, barremos, parteamos, hilamos, trabajamos en la chacra, ayudando a "champear", a regar, en tiempo de cosecha, ayudamos a juntar la papa y la oca; las mujeres sanas salimos a cualquier sitio, no tenemos nada, estamos bien, no nos molesta nada". (Grupo focal, mujeres 15-29 años. Cochapampa)*

Para que la mujer esté sana, debe observar ciertos cuidados durante la vida reproductiva. Estos cuidados exigen no hacer "*desarreglos*" durante la menstruación, gestación, el parto y el puerperio. El cuidado incluye también una buena alimentación y el trabajo de acuerdo a las particularidades de cada etapa de la vida.

2.2.2. El varón sano

Se cataloga como varón sano, a aquél que es capaz de cumplir con las exigencias de la jornada laboral en el campo. Ser sano incluye también el buen comportamiento y la responsabilidad: "*no tener vicios*", ni ser "*mujeriego*" (fuente importante de ETS en la zona y ser "*alegre*" o "*divertido*".

> *"Un varón sano también será pues, allá, medio divertido, un varón sano puede trabajar la chacra, sembrando, cosechando". (Grupo focal, mujeres 29-39 años. Cochapampa)*

"Los hombres sanos trabajan, no tiene vicios". (Patrocinia, partera. Cochapampa)

"Los hombres son sucios, están con una, con otra mujer y lo traen enfermedades a sus mujeres …" . (Aurora, partera. Cochapampa)

El varón deja de estar sano, cuando presenta dolores en cualquier parte del cuerpo como resultado de la intensa actividad cotidiana, que en la actualidad es mayor debido a la creciente necesidad económica.

"Un varón sano, no tenemos ni un dolor, pero no sentimos nada, barbechando, después vuelta se descansa hasta tiempo de cosecha, se descansa partiendo leñita, cualquier cosita". (Grupo focal, varones 20-49 años. Cochapampa)

2.3. Las enfermedades émicas

La comunidad reconoce una serie de enfermedades en la zona de Cachicadan, que responden a causas tradicionales. Estas pueden ser provocadas por distintos factores: el sol, el aire, el paso por lugares solitarios, pantanos o quebradas, o la acción de otros seres humanos.

Algunas de estas enfermedades son específicas de las mujeres embarazadas, parturientas y recién nacidos, otras pueden afectar a adultos (hombres y mujeres), jóvenes o niños. El primer grupo ("*antojo*", "*colerina*", "*pin*", "*chirimpacho*", "*ojo*" y "*shilquido*") se abordará en los acápites respectivos, el segundo se describe a continuación:

Pica de sol. Es causada por exposición al sol. Es un tipo de insolación leve, con fiebre y dolor de cabeza. Se trata frotando todo el cuerpo con pisco, orines con sal, papa pelada, o plantas desinflamantes (*llantén o matico*) en emplasto.

El tabardillo. Provocada por una exposición prolongada al sol. Se considera más grave que la "*pica de sol*" porque afecta a la "*caja del cuerpo*", es decir a órganos vitales como pulmones y corazón. En el caso de una embarazada, puede ser causar aborto o parto prematuro, e incluso la muerte. Entre sus principales signos y síntomas tenemos la fiebre alta, dolores de cabeza y abdomen, escalofríos, convulsiones; se considera que la sangre se "*coagula*" y "*se hincha la placenta*".

Como medidas curativas se recurre al baño con orina y sal, y a una frotación con una mezcla de harina de maíz negro, maíz blanco, trigo molido, sal y pisco, envolviendo a la persona con una sábana blanca durante 2 a 3 horas.

Susto. Esta enfermedad puede ser prolongada, quien la padece - adulto o niño - paulatinamente adelgaza y se debilita. Si no se cura a tiempo puede ser fatal para los niños.

Existen varias formas de tratar el susto:

a) "*Sobo*" con alumbre durante tres días, el cual es enterrado en el fogón. Al día siguiente, por efectos del calor el alumbre "*reflejará lo que produjo el susto*" (animal, persona o cosa);
b) "*Canto del gallo*": se da de tomar al enfermo una copa de "*agua del susto*", tres gotas de agua florida y media copa de "*agua del carmen*", añadiendo la sangre de la cresta de un gallo maduro; el gallo deberá aletear y cantar tres veces en la parte más alta del techo de la casa para "*llamar al espíritu*" del enfermo, de lo contrario la enfermedad continuará;
c) "*Sobo*" de flores del campo (*huarauya* y *cantuta*), realizado al atardecer en un cruce de caminos; el "*sobo*" es arrojado con la intención de que otra persona recoja la enfermedad;
d) "*Llamado de reute*" (espíritu): un "*llamador*'" bien "*armado*" con coca y licor, lleva al enfermo o su ropa al lugar donde se asustó. A medianoche llamará al enfermo por su nombre pidiendo que vuelva el "*reute*", si llega un viento fuerte, significa que su "*reute*" regresó.

Shanea o pacto. Enfermedad de niños, que ataca generalmente en el primer año de vida. Se caracteriza por presentar aftas y ulceraciones en la boca, es peligrosa porque impide que el niño se alimente. Se cura lavando la boca del niño con sal en el agua corriente a las doce del día o utilizando "*remedios de botica*" para el escorbuto.

Duende. Enfermedad de niños, provocada cuando la madre u otra persona lleva al bebé a pasajes solitarios, puquios, quebradas, ríos, bosques o se sienta con él/ella bajo árboles muy grandes o junto a troncos secos. Se caracteriza porque el niño presenta llanto continuo. El tratamiento consiste en dar al bebé "agua de siete *espíritus*", o frotarlo con agua florida o alcanfor en pasta (se expende en las tiendas), luego de lo cual el bebé debe mejorar.

Aire seco. Provocado por fuertes corrientes de aire ("*remolinos*") o por cazar "*aire de sobo*". En este ultimo caso la enfermedad ocurre cuando la persona pasa

por el lugar donde han sido arrojados los elementos usados para curar el susto, aire, daño u otra enfermedad similar (hierbas, ramas, alumbre o cuy).

Aire maligno o mal de huaca. Ocurre cuando se pasa por lugares donde "*hay entierro*", provocando mareos y otros malestares. Es tratado con frotaciones de alcanfor en barra y agua florida.

Shucaque. Provocado por una persona "*a quien se le tiene mucha vergüenza*". Se caracteriza por fuertes dolores de cabeza, náuseas y vómitos. Se cura tirando de los cabellos de una manera especial; al momento de jalar debe "*reventar*", produciendo un sonido característico que significa que la enfermedad "*ha salido*" , de lo contrario los malestares continúan.

Upilación. Se caracteriza por "*hinchazón de todo el cuerpo*" o parte de él. Se considera peligroso porque quien se "*upila*" está grave y puede morir. Es consecuencia de enfermedades mal cuidadas o mal tratadas. Este término se utiliza también para el edema en el caso de una mujer embarazada. El tratamiento de la upilación consiste en "*sobos*" (frotaciones), baños e infusiones de ramas y flores *(eucalipto, muña, manzanilla, huarauya, cantuta*, etc.). Se considera difícil que un enfermo "*upilado*" se salve.

2.4. Las imagenes de la reproducción

2.4.1. Inicio del ciclo reproductivo

Para las parteras el ciclo reproductivo de una mujer se inicia en el momento que presenta su primera menstruación y culmina cuando pierde la capacidad de tener hijos, ya sea por retiro de la menstruación (menopausia) o cuando se "*hacen curar*" para no tener hijos (por la ligadura de trompas o el uso de algún otro método anticonceptivo moderno). La mujer infértil es conocida como "*sura*", la cual nunca podrá tener menstruación ni hijos.

> *"La mujer que no ha tenido hijos no menstrúa, son suras, sufren mucho, enfermas, son trastocadas de la cabeza... No ven regla nunca, nada, no han tenido marido, ni hijo". (Margarita, mujer atendida por familiar. Sta. Cruz de Chuca).*

En el varón, el ciclo reproductivo se inicia cuando éste es capaz de responsabilizarse de sus obligaciones y desde que empieza a sentir atracción por el sexo opuesto.

"...les interesa las chinas, lo van persiguiendo...". (Aurora, partera, Cochapampa)

2.4.2. Menstruación

Denominada también "*regla, mes, período*", "*su costumbre*" o "*su mal*", es considerada un proceso natural en la mujer, que se inicia alrededor de los 12-16 años, aunque puede aparecer antes o después de esta edad.

En muchos casos, la menstruación se presenta inesperadamente; al no haber tenido orientación previa, las mujeres refieren haber sentido temor o vergüenza, llegando en algunos casos a ocultar el hecho. Esta situación es menos frecuente en la actualidad, por la asistencia a la escuela y una mayor facilidad para tratar estos temas entre madres e hijas.

"Me asusté cuando me vino la menstruación por primera vez, a mi mamá le dije a los 18 años, no quería que sepa mi mamá, porque me daba vergüenza... Las mamás antes que nos hayan conversado, [de que] tenemos la regla, nunca". (Grupo focal, mujeres 29-40 años. Cochapampa)

La menstruación cumple la función de "*desfogar el cuerpo*", eliminando o "*corrigiendo*" la sangre. Para que esto ocurra, la mujer no debe hacer "*desarreglos*", es decir, cuidarse del frío (no comer cosas frías, mojarse, lavar o bañarse) para que la sangre no se "*enfríe*", evitar los alimentos ácidos y "*la cólera*".

No cumplir estos cuidados provocará la suspensión de la menstruación; al quedar la sangre "*retenida en el cuerpo*", causará una serie de trastornos, como dolor de cabeza o "*cerebro*", cólicos, mareos. Puede incluso "*trastocar*" a la mujer (causar locura), en la concepción de que la sangre que no es expulsada "*subirá a la cabeza*". De este modo, la menstruación es fundamental para el equilibrio de la mujer, ayudando a que esté "*bien del cerebro*".

"Si se lavan así frescas se enfría la sangre, ya no le corrige o si les da colerina, la sangre se empaniza, se sube a la cabeza y ya como locas". (Margarita. Sta. Cruz de Chuca)

Obviamente, algunas mujeres no pueden cumplir con las recomendaciones para este momento del ciclo reproductivo por las demandas de su actividad

cotidiana. Por esta razón, con fines de "*corregir*" la sangre menstrual y aliviar los malestares provocados por los "*desarreglos*", se utilizan mates de hierbas como el *orégano*, *cerraja, llantén, cáscara de naranja con orégano*, *pisco con cachimón* o *perejil*, *purpuncha, cardón, menta, mestranza* y *ruda*. Para la "*colerina*", se toma jarabe colérico mezclado con agua de membrillo.

2.4.3. Fertilidad y concepción

Ambos se toman como hechos naturales, pero muy íntimos y personales. Mujeres y hombres sienten vergüenza o pudor cuando se toca el tema. Refieren hablar de él con amigos o amigas, pero no con los padres porque estos "*se molestan*".

La edad promedio para tener el primer hijo, tanto para hombres como mujeres, es entre los 14 y 16 años, una edad considerada más temprana que en tiempos pasados. Para que una mujer pueda salir embarazada se identifica dos condiciones: que ya menstrúe y que tenga relaciones sexuales con un varón.

> *"La mujer ya se embaraza cuando están enfermas de la regla y se encuentran con un hombre.... ya dejando la regla". (Margarita. Sta. Cruz de Chuca)*

En cuanto al período fértil se observan dos criterios. Una, en el sentido que la mujer puede quedar embarazada durante la menstruación y otra que considera que se produce a la mitad del ciclo menstrual.

> *"Puede salir embarazada a medio mes, después de ocho días, no puede salir embarazada durante la menstruación". (Grupo focal, mujeres 15-29 años. Cochapampa)*

Los varones consideran que la mujer que ya menstrúa puede salir embarazada en cualquier momento del mes.

> *"La mujer puede salir en cinta en cualquier tiempo que tenga su pareja". (Grupo focal, varones 20-49 años. Cochapampa)*

Para la formación del bebé, se considera que tanto el hombre como la mujer aportan "*semillas*". Se identifica el "*liquido*" del varón, aunque no existe claridad sobre la "*semilla*" de la mujer.

> *"Para que se forme el bebé, el hombre aporta el líquido y la mujer toda su voluntad". (Grupo focal, varones 20-49 años. Cochapampa)*

El útero denominado " *matriz*" o "*madre*", es identificado como el lugar donde se forma y crece el bebé, producto de la unión de semillas que aportarán el hombre y la mujer. Entre las parteras, se señala que las mujeres deben tener cuidados especiales como "*purgar el útero*" para lograr concebir y tener un bebé saludable. Para ello, recomiendan tomar mates de hierbas como *trinidad, chalcarosa* y *siempreviva*.

2.4.4. Prácticas anticonceptivas

Las parteras consideran que no se conocen recursos tradicionales para evitar el embarazo. Si la mujer no desea tener hijos debe "*curarse*", apelando a métodos como los inyectables, pastillas y la ligadura de trompas.

La mayoría de mujeres de la comunidad refiere haber recibido algún tipo de orientación sobre planificación familiar, aunque ello no necesariamente implica que se adopte algún método. Otro sector de mujeres afirma no haber recibido ninguna orientación al respecto.

> *"Una mujer puede salir embarazada, según las charlas, cuando estamos en los días fecundos, pero se olvidan de las charlas, por eso cuántos hijos han tenido". (Grupo focal, mujeres 29-49 años. Cochapampa)*

El método al que más referencia se hace es el ritmo, utilizado por algunas informantes con buenos resultados. Otras sin embargo no la consideran un método seguro.

> *"También con su regla, pero no es seguro, ya pueden amanecer con su encargo". (Aurora, partera. Cochapampa)*

2.4.5. Menopausia

La menopausia o "*edad crítica*" no se presenta en todas las mujeres por igual. Ocurre entre los 35 y 50 años y se considera que depende de la edad en la que se inició la menstruación.

Las mujeres señalan una serie de cambios fisiológicos y emocionales asociados a la menopausia: dolor de cabeza, dolor de estómago, escalofríos, "calores", "*nervios*", "*mal carácter*" y en algunos casos hemorragias. .Algunas mujeres, sin embargo, manifiestan no haber sentido ninguno de los síntomas señalados.

Durante este período, las mujeres continúan con sus actividades habituales, no hay mención de algún tipo de cuidado especial. Sin embargo, el tipo de alimentación que la mujer haya tenido a lo largo de su vida influirá en esta etapa, pues a las mujeres "*débiles*" les "*cogerá*" más rápido.

> *"Ya no viene la menstruación a la edad de 50, 48 años, ya le va dejando y se llama menopausia o edad crítica, se llama así por las enfermedades, da dolor de cabeza, el estómago arde, le duele los nervios, las mujeres son fastidiosas, molestosas, regañonas, coléricas, todo les parece mal… A algunas les cogen con calor, tienen que bañarse con agua fría, tienen que alimentarse porque a las mujeres débiles les coge más rápido". (Grupo focal, mujeres, 15-29 años. Cochapampa)*

> *"La menstruación ya no baja a los 35 años, según 40-45 años, como la edad que le viene, si viene joven deja jóvenes. Unos dicen ya me dejó la regla, ya no siento nada, normal, a unas les da dolor de cabeza, las actividades son iguales". (Grupo focal, mujeres 29-49 años. Cochapampa)*

2.5. Parteras y familiares que atienden partos

Las parteras en esta zona son mujeres de edad avanzada, muy reconocidas y respetadas en la comunidad. Su labor es valorizada desde todo punto de vista. Son personas de mucha experiencia, en quienes la población deposita toda su confianza.

Las parteras afirman que las mujeres confían en su experiencia de atención de partos y refieren brindar sus servicios a toda mujer sin ningún tipo de discriminación. Son parteras por "*vocación*".

"A nadie lo he botado, lo he atendido con toda voluntad... A todas las que vienen a buscarme con voluntad". (Patrocinia, partera. Cochapampa)

En muchos casos, aprendieron el arte de "*partear*" a partir de sus propios partos o por la observación y enseñanza de otras mujeres de su familia (generalmente la abuela) que también fueron parteras.

"Yo a pesar que no tengo estudios, lo sé... con mi hija me hice capaz... yo solita me atendía, también de mí aprendí". (Aurora, partera. Cochapampa)

Los familiares que atienden partos son personas (generalmente mujeres) que aprendieron el oficio de partear por necesidad. Al encontrarse ellas o un familiar en una situación de parto, se vieron obligadas a atender, porque no había una persona más experimentada en ese momento. Sus servicios son también solicitados para solucionar algunos problemas o pedir su opinión antes de buscar a alguien con mayor experiencia.

3. ETNOFISIOLOGÍA Y SABER CULTURAL.

MACATE, HUANROC - ANCASH

3.1. Salud y enfermedad

3.1.1. Relaciones entre hombres y mujeres

En la zona, las relaciones hombre/mujer se dan de acuerdo a roles establecidos culturalmente. Se considera que el hombre es "*para la calle*", la chacra y la mujer "*para la casa*", con la responsabilidad principal en la crianza de los hijos; se ocupa fundamentalmente de las tareas domésticas, de atender al esposo y de "*ayudar*" en la chacra.

"Apoyamos a nuestros esposos en los trabajos de la chacra, criar a nuestros hijos, cumplimos como madres que somos, eso es nuestra obligación, apoyamos a nuestros hijos en sus estudios, aquí en el campo nos dedicamos eso, así es la vida."

"Como aquí dice el dicho, el padre a la calle, pero la madre a los hijos, así que la madre tiene el derecho (deber) de ver a los hijos, ver su comida, lavar su ropa, enseñarlo su educación, encaminarle una cosa buena, aquí señorita... quien encamina a los hijos es la madre". (Grupo focal, mujeres 30-49. Huanroc)

Se espera que la mujer no sea "*coqueta*", respete al esposo y sea responsable con los hijos. Si la mujer no cumple con estas características es posible que la "*tandee*" el hombre. Este es considerado el "*jefe del hogar*", a quien es preferible obedecer.

"Una mujer no debe ser coquetona, porque los hombres son celosos, deben respetar al esposo, sino el hombre tandea, en mi caso no pasa eso, en mi casa hay veces por los muchachos". (Grupo focal, mujeres 15-29. Huanroc)

"Ud. sabe señorita, el hombre como hombre agarra el mando y usted, como mujer no puede hacer nada, tiene que hacerle caso, obedecerlo, si no se puede, mejor quedarse callada". (Grupo focal, mujeres 30-49 años. Huanroc)

Las mujeres manifiestan que les gustaría que los hombres fueran buenos, amables, cariñosos, que no las griten ni maltraten, les den seguridad y que sean trabajadores.

"El hombre debe ser de carácter bueno, no debe ser malgenioso, debe ser cariñoso con la esposa, simpático y trabajador". (Grupo focal, mujeres 15-29. Huanroc)

Los varones se describen a sí mismos como "*amables, cariñosos y responsables*", reconocen el maltrato a las mujeres en la zona, aunque refieren que es menos frecuente que en el pasado. Mencionan métodos muy violentos usados por los varones en su relación con las mujeres.

"Que el hombre pegue a su esposa ya se ve muy poco, más antes, son raros, raros hay le pega a la mujer con palo, eso ya pasó, pelean por algún

problema. A golpes, a trompadas, ya no se ve, a correazos todavía algunos se ve, son conocidos. Antes había hogares así que peleaban mucho". (Grupo focal, varones. San Blas)

Cuando se casan o unen, esperan que su esposa sea "*cariñosa, limpia, activa y trabajadora*". Lo peculiar de la zona es que los hombres manifestaron que algunos consiguen esposa a través de relaciones sexuales forzadas.

"En la altura, cuando hay lluvia, se llena la neblina y los pastores son chicas que salen de 12, 13, 14 años, ellas salen así con su ganado a pastear, entonces no falta un "gavilán" que se van, ellos saben donde está esa chica y ahí si pues es a la mala, porque así grite nadie te escucha, como hay silencio entonces ahí aprovecha, es una violación prácticamente, algunos asumen, se dice que el viola así, es casi su esposa, porque la chica ya no lo deja, lo va siguiendo. Es un compromiso que sale ese momento, es un conversado, de repente le dice yo voy a salir con mi barriga, anda vete a tal sitio yo te espero". (Grupo focal, varones. San Blas)

3.1.2. La mujer y el varón sano

Hombres y mujeres coinciden en señalar que cuando están sanos, "*el cuerpo está bien*", sin dolores, tienen ganas de trabajar, de estar alegres y divertirse; pero cuando hay enfermedad no pueden trabajar y sienten dolores.

"Cuando estamos sanos, el cuerpo pide trabajar, cuando está mal no puede trabajar bien, acá el trabajo es fuerte, se nota cuando está mal no puede trabajar". (Grupo focal, varones. San Blas)

"Una mujer cuando está sana es trabajadora, se nota en el semblante, es alegre, risueña, trabaja bien, conversa, participa en cualquier cosa". (Grupo focal, mujeres 15-29. Huanroc)

"Cuando el cuerpo no duele puede hacer todo en la casa, andar, salir, pero cuando uno está mal comienza el decaimiento, el dolor y no da ganas de nada y están en la casa, en la cama...". (Angélica, partera. Huanroc)

Para mantenerse sanos se deben guardar una serie de cuidados, especialmente en relación a la alimentación y a evitar los "*desarreglos*". En el caso de los varones, ello alude al "*vicio*", al trasnochar y a tener otra mujer, fuente de contagio de enfermedades de transmisión sexual, de alguna frecuencia en la zona.

> *"Un varón sano es tranquilo y para estar sano tiene que cuidarse, no hacer desarreglos, no pasar malas noches porque a veces les da la gripe; tiene que cuidarse en todo aspecto, el físico, no maltratarse, no darse al vicio, ir a las fiestas, se van de fiesta en fiesta, se maltratan se amanecen tiraos por el suelo, por ahí y le hace mal"*

> *"Bueno, no tar (sic) con otra mujer que ya vienen los problemas, los contagios con la otra mujer". (Grupo focal, mujeres 15-29. Huanroc)*

3.1.3. Las enfermedades émicas: Recursos terapéuticos y búsqueda de soluciones

En la zona se reconocen diversas enfermedades émicas propias de los adultos y de niños, causadas por fenómenos naturales o personas. A continuación se detallan las más comunes:

El aire. Enfermedad producida por el aire de los "*puquios*", manantiales, el arco iris o el "*arco negro*". Existen determinadas horas en que estos lugares pueden causar daño (6 a.m. o 6 p.m.). Se caracteriza por fuertes dolores de cabeza, decaimiento general y fiebre, y puede afectar a personas de cualquier edad.

> *"Hay puquios que son malos, son airosos a las 6 de la mañana o a las 6 de la tarde, cuando está cayendo la garúa; en los puquios gritan los chanchos. Hay manantiales que son dañosos, comienza el aire, solo si se encuentra Ud. en esa hora, ya pues porque el aire se forma de un gas, sea hombre o mujer no puede curarse y morirse". (Grupo focal, varones. San Blas)*

El tratamiento es realizado con bebidas y frotaciones ("*sobos*") de plantas y animales como el cuy. Un "*sobo*" puede preparase con ajo, ruda, aceite rosado,

aceite de cocina , maíz negro o también puede realizarse con kerosene. Si es aire se cura. Si se da al enfermo otro tipo de medicina (fármacos) se le "*manda rapidito a la muerte*".

> *"Los manantiales son muy peligrosos, si así mi esposo casi se muere, lo frotamos y también con cuy. El cuy muere cuando lo estamos frotando, se abre y el corazoncito del cuy late y es rojito si no es aire ; pero si está negro, morado, es aire y el aire lo daba a mi esposo por el estómago y así todo el cuerpo, el aire los va comiendo, consume la sangre y el muchacho dura un mes, sino muere". (Ninfa. San Blas)*

El arco negro. Variedad de la enfermedad anterior, que puede producir la muerte. Ocasiona edema de lengua y pus, dificultad para hablar y cianosis. Se cura con frotaciones e infusiones de *ajo, romero, ruda y con agua florida*.

> *"Sale de la champa, eso lo mató a mi tía, cuando éramos chicas jugando lo vimos un arco negro que salía, yo les digo que miren, miren, lo llame a mi tía y volvimos a la casa y mi tía llegó apenas, fue encogiéndose, encogiéndose con fiebre, fiebre de ahí mi mamita lo pasó para el aire, se hinchó la campanilla (paladar), la lengua se hinchó, salía afuera, será infección lo dijeron y lo pusieron una ampolla, pero fue amoratándose, fue entrando el sol y ella iba muriendo se envenenó, como era aire se moretió los labios, las manos, todito y era el aire del arco". (Catalina. Quihuay)*

Pudor o "chucaque". Es producido por personas a quienes se les tiene vergüenza. Es un problema propio de los adultos, se caracteriza por fuertes dolores de cabeza, dolor de estómago, náuseas y vómitos. Se cura jalando los cabellos hasta que "*reviente*", "*chupando*" la cabeza o frotándola con limón y sal.

> *"A veces pasa al estómago, al grande se hace chupar limón con sal, se jala los pelos y revienta, salta como cancha y que alivio para la persona, es como si le sacaran un peso del cuerpo y pasarlo la cabeza con sal y limón". (Ninfa. San Blas)*

Agua blanca. Enfermedad de las mujeres adultas. Se caracteriza por descensos producto de los "*desarreglos*" puerperales, caídas, golpes y otros factores.

Se cura con "*baños de asiento*" de plantas medicinales: *warmi-warmi, moco-moco* y otras.

Tabardillo. Producido por exposición prolongada al sol, especialmente en las personas que no están acostumbradas. Se caracteriza por presentar fiebre y dolor de cabeza

> *"El Tabardillo da del fuerte calor, pero cuando la gente ya se acostumbro al sol no da, da por el fuerte calor, cuando trabajamos mucho en el sol". (Ninfa. San Blas)*

Ojo. Es una enfermedad de los niños, especialmente de los bebes. Produce "*inquietud*", vómitos, náuseas y llanto. Se cura con "*sobo*" de huevo, periódico y ají colorado.

> *"Es bien delicado, a lo más pasa los bebes, les entra nauseas, dolor de cabeza, lo sobamos con huevo todo el cuerpecito, desde la cabecita a los piecesitos y lo vaciamos en un vaso y ahí lo vemos el ojo, puntitos en el agua, eso lo hacemos batir con la manito izquierda del niño así cruzadito y la espumita lo ponemos en su frente como haciendo cruz. También en periódico lo sobamos y lo quemamos, si revienta es "ojo". (Grupo focal, mujeres 30 - 49 años. Huanroc)*

> *"Los niños lloran, se rajean… [con] el "ojo pasiones" el niño no dura 24 horas; eso es cuando la persona lo ha querido (acariciado) al bebé sin quererlo y el niño tuvo vergüenza o si lo mira el borracho, también le da fuerte cólico, pero no darle le leche porque es peor así, así murió un bebito de 3 meses, yo cuando mi hijito llora; mi hijita esta con el humor, hay que prevenir". (Ninfa. San Blas)*

Verruga. Se produce por beber, tocar o bañarse en agua de los "*puquios*". Provoca fuerte dolor de huesos, un color amarillento y "*brumotas*" (protuberancias) en la piel. El tratamiento se realiza con frotaciones de "*hierbas fuertes*" (molle, caña común), leche de cabra y leche de burra negra para "*fortalecer la sangre*" porque la verruga la "*consume*".

> *"La persona tiene dolor de huesos, empieza a estar amarillo, no tiene color normal y se cura también con hierbas fuertes; por las noches con molle, lo*

juntamos y lo sacamos todas las hojas y se mete en un "tiesto" y se hace sudar con la candela y se da una frotada todo el cuerpo y hay que dejarlo con el molle encima, con periódico y se soba con mentholatum". (Grupo focal, Mujeres 30 - 49 años. Huanroc)

3.2. Las imágenes de la reproducción

3.2.1. Inicio del ciclo reproductivo

Los entrevistados señalan que en Quihuay y otras comunidades de la altura, hombres y mujeres tienen hijos a más temprana edad que en Huanroc y otros pueblos del valle. Los hombres tendrían su primer hijo a mayor edad que las mujeres.

"Los hombres tienen hijos 18 - 20 años, casi la mayoría, la mujer tiene casi a los 15, hay algunas chicas que de 14 han tenido sus hijos… las niñas de 12, 14, 15 años por lo general tienen a sus bebés muy prematuras". (Grupo focal, varones. San blas)

3.2.2. Menstruación

Llamada también período o regla, la menstruación es una sorpresa para algunas mujeres, mientras que otras ya están preparadas, pues las madres - especialmente las más jóvenes - conversan con sus hijas sobre el tema.

"Nos asustamos por ver una sangre, sorpresa, no tener una madre que oriente, cuando no nos orientan uno se asusta"

"Mi mamá me decía toda mujer se enferma". (Grupo focal, mujeres 15-29. Huanroc)

"Cuando uno nunca tiene una conversación con una mamá verdadera, nunca nos da una idea como es, las chicas hay entre ellas dudas, más que nada las antiguas... Bueno a mí también mi mamá nunca me habló de eso, ahora en cambio cuando las hijas están de 13, 14 años, frente a frente lo conversamos". (Grupo focal, mujeres 30-49. Huanroc)

Según las mujeres, la menstruación sirve para "*desfogar*" el organismo, así como para poder tener hijos y mantener a la mujer sana.

> *"Bueno, nosotras empezamos a menstruar, porque ya pues cada organismo tiene que desfogar, porque si no menstruamos no desfogamos, para poder concebir niños eso es la base principal que tenemos que menstruar, sino cómo vamos a tener hijos. Esa cosa la tenemos que expulsar del cuerpo, no se puede retener". (Grupo focal, mujeres 30-49. Huanroc)*

Las parteras y algunas mujeres jóvenes afirman que las mujeres de hoy ya no se cuidan, mientras que antes sí tenían en cuenta una serie de cuidados.

> *"Se bañan, se lavan, pero antes nosotros nos cuidábamos de no tocar el agua, ni los pies, no nos lavábamos, ni bañamos, nos prohibían, ya no reglábamos. Ahora las chicas no les pasa nada o si sienten un dolorcito, toman su pastilla de hierbas. Orégano calientito para el cólico, o cuando se bañan, las chicas de ahora no se cuidan, ruda, apio, la mestranza". (Grupo focal, mujeres 30-49- años. Huanroc)*

A pesar de estas afirmaciones, para las informantes la etapa de la menstruación requiere una serie de cuidados vinculados al frío, que si se desacatan traerán como consecuencia "*la suspensión*" de la menstruación, que queda "*retenida en el cuerpo*" y causará trastornos en la mujer.

Entre estos cuidados tenemos: no lavarse o bañarse con agua fría, no tomar bebidas heladas, no ir a "*lugares fríos*" (manantiales, puquios, lagunas) que podrían causar tumores o incluso la muerte de la mujer, no salir a la chacra, no cargar peso en los tres primeros días y no tener relaciones sexuales.

> *"Aquí lo cuidamos de no coger agua, no salen a la chacra, no cargar mucho peso, eso lo cuidamos tres días, …no les dejo que se laven la cabeza, los pies o que se bañen, porque es malo, dicen que la sangre se recoge a la cabeza y duele mucho, ….le da mareos... A veces se puede lavar sus partes con ramas pero con agua caliente".* (Angélica, partera. Huanroc)

Los varones comparten la idea de que las mujeres no deben ir a lugares "*airosos*" (puquios, pantanos) mientras menstrúan, porque les puede producir

hemorragias; tampoco pueden tener relaciones sexuales porque la sangre causa infección en el hombre; además se considera que las paredes vaginales de la mujer "*están delicadas*" durante este período.

> *"Es peligroso que se vayan a sitios airosos, son puquios, filtraciones, está en un momento mal y viene la hemorragia… Está en su hora que llaman, cuando está botando el agua de puquio, les hace daño, viene la hemorragia, para eso también tiene que prevenirse". (Grupo focal, varones. San Blas)*

> *"No debe pasar por el manantial que en la luna tierna le da efectos, patangueando esa agua amanece unas aguas como si le echaran aceite, pero tiene color y eso que uno patanguea es malo... eso corta la menstruación, al quinto día ya tienen dolores ..¿Qué pasa? …que lleva al vientre un ...que es como un bicho de puquio, pero eso pasa en alguna que otra la luna redonda donde vaya, hay que tener bastante cuidado...". (Gumercinda, partera. Macate)*

Para las mujeres que están menstruando, existe también la prohibición de cargar niños muy pequeños porque pueden causarles una "*quebradura*".

> *"Tampoco pueden agarrar un bebé, es malo, lo dañan al niño, empiezan a llorar, quebrantaditos, gritan, lloran, se negrean..". (Angélica, partera. Huanroc)*

Las informantes refieren que cuando la mujer menstrúa muy temprano (antes de 12 años) o muy tardíamente (después de 18 años) o la menstruación dura mucho, se debe especialmente a la desobediencia de los cuidados que toda mujer debería observar. En otros casos, puede deberse a la "*debilidad*" de los órganos internos (útero, ovario).

> *"Ya eso tiene débil la madre, adentro, a lo mejor se hacen desarreglos, agarran, bañan, levantan, alzan pesos, estando en principio de la menstruación, eso es malo, malo...". (Gumercinda, partera. Macate)*

Las molestias más frecuentes durante la menstruación son los cólicos, molestias, dolor de cabeza, cambio de carácter y hemorragia. Para el cólico se toma *té de orégano* y en caso de retraso de la menstruación, *mestranza con cebada.*

3.2.3. Fertilidad y concepción

Hombres y mujeres poseen información básica respecto al funcionamiento de sus órganos reproductivos, un poco más precisa en los hombres sobre los días fértiles de la mujer. Entre las mujeres no existe claridad al respecto, aunque se considera que una mujer no puede quedar encinta durante la menstruación. Solo las parteras mencionan que esto es posible, pero es raro.

> *"Nuestra manera dice el 5to. días hasta el 16avo. día, del 5to. día terminada la regla hay que cuidarnos, eso cuando la persona es fértil y cuando la persona es débil tiene sus días no más"*

> *"Se puede quedar embarazada cualquier día antes del 5to. al 8vo. día, cualquiera antes de la menstruación"*

> *"Para salir en estado tenemos que botar la sangre, la menstruación detenida, entonces ahí recién el cuerpo, las trompas quedan abiertas para recibir al bebé, pero antes no…". (Grupo focal, mujeres 30-49. Huanroc)*

> *"Puede salir cuando está menstruando también, antes de la menstruación también, pero la cosa es que, como dice, ya no menstrúa cuando ya está formándose el nido, ya no...". (Gumercinda, partera. Macate)*

La fertilidad de la mujer empieza con el inicio de la menstruación y termina cuando deja de menstruar.

Existe la idea de que los hombres tienen una mayor participación que la mujer en la fecundación, en tanto son los responsables de germinar. El hombre proporciona el semen (en pocos casos se habla de espermatozoides) y la mujer su vientre.

> *"Cuando hacen un pecado con el hombre ya tiene que cuidarse... el hombre una semilla, la mujer no puede poner casi nada pué, más es el*

hombre, como cortar esa leche, entra la semilla y cuaja el interior de la madre va creciendo, va desarrollando con atención de ella ya va a crecer...". (Gumercinda, partera. Macate)

"La mujer participa pero es el hombre el que más germina. El semen se produce en el cerebro, en la médula, porque cuando hay algún contacto se nota la fuerza de todo el cuerpo". (Grupo focal, varones. San Blas)

Las parteras reconocen indistintamente a la "*madre*" o útero y el ovario, como lugares donde ocurre la unión de *"las semillas"* femeninas y masculinas para formar al nuevo bebé.

3.2.4. Prácticas anticonceptivas

Según los varones, la información que reciben los adolescentes en los colegios sobre planificación familiar los "*estimula*" a iniciar su vida sexual, provocando los embarazos tempranos. Este hecho se relaciona también con la crianza y el descuido de los padres de familia.

"…actualmente en el colegio hasta a nosotros nos han enseñado de que uno tiene que llevar a la planificación familiar, entonces prácticamente le dicen hazlo así y entonces uno se va a la práctica, no, pero aquí hay bastante descuido, ese es el caso". (Grupo focal, varones. San Blas)

La mayoría de mujeres refirió haber recibido orientación sobre planificación familiar de parte de estudiantes de medicina o por personal de salud. Sin embargo existe preferencia por el método del ritmo, llevado en algunos casos por la mujer, aunque es frecuente que los hombres lleven la cuenta de los días fértiles.

"A mi me recomendaba mi mamita no tener relaciones después de los 8 días hasta los 18 -20 días, porque si se puede embarazar, no uso medicinas". (Catalina, partera. Quihuay)

"Bueno, nosotros como mayores, sabemos pues en este campo del control que llega de su menstruación, en este caso, no, que ya no está al día y uno sabe como está llevando con su esposa". (Grupo focal, varones. San Blas)

Respecto a los métodos anticonceptivos modernos, se menciona que las píldoras "*afectan*" a la mujer, razón por la cual se prefiere no usarlas. En el caso del preservativo, aunque los hombres afirman usarlo, se considera que su precio es poco accesible.

> *"Sea nos ponemos de acuerdo con la esposa que no deben tomar esas cosas [píldora] porque les pone nerviosas y les da cólicos. Usamos el preservativo a veces, pero a veces no esta al alcance por motivos económicos. Pero hay otras formas, evitar las relaciones sexuales durante los días de su fertilidad". (Grupo focal, Varones, San Blas)*

3.2.5. Menopausia

La menopausia es identificada como el fin de la menstruación y de la actividad reproductiva de la mujer. Se considera que la edad en que aparece tiene relación con la edad de inicio de la menstruación; a más temprana ésta, más temprana la menopausia.

Esta etapa se relaciona con una serie de trastornos: hemorragias, amenorrea, dolor de cabeza y cerebro, "*nervios*", cambios de carácter, "*impaciencia*" y aumento de peso. Para que la menopausia "*no le choque*" a la mujer, esta debe estar bien alimentada, lo que permitirá atenuar los malestares que se presentan.

No existen referencias sobre recursos tradicionales para este período. Las mujeres suelen acudir a los servicios de salud cuando presentan síntomas agudos como dolor o sangrados.

> *"El carácter se altera, los nervios agarra fuerte, agarra con hemorragia. A mi también hace 6 meses me vino como hemorragia, en los meses que me tocaba, como tenía seguro, me fui cada mes a ponerme una ampolla y vitaminas y después el dolor de cerebro me quería torcer. Hay que comer bien, para eso, tenemos que conseguir los medios para el doctor". (Grupo focal, mujeres 30-49. Huanroc)*

> *"Tuve hemorragia, me quito la regla 3 meses y luego como hemorragia, el cerebro me duele mucho, yo me fui al doctor. del Centro Médico y me dijo que era principios de menopausia y dijo que me cuide, que me alimente…". (Catalina. Quihuay)*

"Hay que salir a divertirse, a conversar con las amigas, tener paciencia, no estar en la casa, no más, nos dice el Dr. un poco de distracción. Todo sigue igual, los quehaceres de la casa lo seguimos haciendo, como siempre tiene que ser, descansar un poquito de vez en cuando, pero otra cosa no". (Grupo focal, mujeres 30-49. Huanroc)

4. LOS PROCESOS REPRODUCTIVOS RELACIONADOS CON EL PARTO

Las características de la atención del proceso del parto en la sierra de La Libertad y Ancash presentan similitudes importantes, por lo que se exponen de manera conjunta, anotando las diferencias en los casos pertinentes.

4.1. La gestación

La ausencia de menstruación es el signo más importante para identificar o diagnosticar el embarazo, asociado a una serie de molestias como "*decaimiento del cuerpo*", náuseas, vómitos, "*inapetencia*", debilidad, dolor de cabeza e "*hinchazón de los pies*".

En la zona de Macate, las mujeres suelen acudir a los establecimientos de salud para confirmar el embarazo, pero también recurren al diagnóstico con el "*cuy hembra*".

La gestación es considerada un proceso natural. Se piensa que las mujeres "*son fuertes*" por lo que deben continuar con las actividades domésticas y agrícolas hasta los últimos meses de gestación, caminando hasta la chacra (a una o dos horas de camino) ya que existe la preocupación de que el bebé engorde o desarrolle demasiado provocando problemas en el parto. Sin embargo se considera necesario evitar los esfuerzos excesivos (cargar pesos o trabajar demasiado), aunque en muchos casos las difíciles condiciones de vida de las mujeres no permiten cumplir a cabalidad estas recomendaciones.

Pese a considerarse un proceso normal existen una serie de cuidados que deben ser observados durante la gestación, para "*evitar problemas*" tanto en esta etapa como en el momento del parto. Los problemas referidos como más frecuentes son la mala posición del bebé, el sangrado (Macate), el aborto y el edema o "*upilación*" (Santiago de Chuco).

La mala posición puede ser ocasionada por caídas, golpes, levantar pesos o sentarse en posición inadecuada, provocando que el niño "*salga de su eje*" y se ubique hacia la pierna, costilla o cadera de la madre, produciendo dolores o dificultad para caminar. También puede provocar que el bebé se ubique en posición transversa o podálica, dificultando el nacimiento.

Las mujeres acuden a las parteras, en caso de dolor y para determinar "*si el bebé está ladeado*" y necesita ser acomodado, como una forma de prevenir complicaciones en el momento del parto. Las parteras "*acomodan*", "*arreglan*", o "*componen*" al bebé a partir del segundo trimestre de gestación. Esta práctica consiste en colocar a la gestante en posición horizontal, palpando el abdomen para conocer la posición del niño. Si se determina que no está en posición cefálica, se masajea el vientre utilizando aceite (rosado, de almendra o de cocina) con movimientos suaves, desde los costados hacia el fondo del útero, tratando de alinearlo en un eje vertical.

Una variante de esta técnica es la "*rodada*" (Santiago de Chuco) o la "*colada*" (Macate), que consiste en recostar a la gestante sobre una frazada o pañolón y mecerla suave y lentamente de un lado a otro, con ayuda de un familiar (ocasionalmente se utiliza una faja o pretina para que el bebé se mantenga en posición). Finalmente la técnica de la "*sacudida*" (Macate), consiste en echar a la gestante sobre una faja colocada en el suelo y sacudirla suavemente. Las dos primeras prácticas, son también utilizadas invariablemente al inicio del trabajo de parto para asegurar la buena posición del niño y facilitar su salida.

La amenaza de aborto y el aborto son causadas además de las caídas y golpes, por "*el antojo no satisfecho*" (deseado en la vigilia o en el sueño). Esto producirá dolor abdominal, contracciones uterinas intensas y pérdida de sangre por vía vaginal. Ante ellos, la partera indagará sobre la causa que provocó el antojo para tratar de satisfacerlo y evitar que la gestante "*arroje*" al bebé o recurrirá a recursos terapéuticos tradicionales.

Además, se considera que el contacto con algunos agentes de la naturaleza como el granizo, la "*caja turnaqui*" (Macate) y el paso por lugares "*malignos*" o "*dañosos*" como puquios o pantanos, puedan provocar abortos o partos prematuros. Así mismo las "*emociones intensas*" como "*la cólera y el susto*" también causan aborto.

El edema o "*upilación*" en Santiago de Chuco se atribuye a la acción del arco iris y si el tratamiento tradicional no resulta efectivo se deriva a un establecimiento de salud.

Las parteras reconocen y comparten con los profesionales de salud la identificación de algunos factores de riesgo y signos de alarma. Entre ellos la situación transversa o podálica y el edema, además del dolor de cabeza y la ausencia de movimientos fetales.

La "*anemia o debilidad*" es considerada un serio problema, pues significará que la mujer "no *tendrá energía ni fuerza suficiente para dar a luz*". Por esta razón las parteras pondrán énfasis en dar orientaciones para la alimentación durante la gestación (especialmente en la zona de Macate), o derivan a la gestante a un establecimiento de salud para que obtenga suplementos vitamínicos.

4.2. El control prenatal

El control prenatal (CPN) está bastante difundido en las dos zonas estudiadas. En Cachicadan la mayor cobertura del control (especialmente entre las mujeres cercanas al puesto de salud) está relacionada con una estrategia de presión adoptada por el personal de salud, que condiciona la entrega de alimentos del Programa PANFAR a la asistencia a por lo menos cuatro controles prenatales.

Junto a esta medida, el personal recurre a las visitas domiciliarias, que resultan efectivas para establecer una relación de confianza con la población y lograr una mayor inserción en la comunidad.

En el caso de Macate, existe una mayor tradición de uso de servicios de salud y una mayor familiaridad con el control prenatal como práctica preventiva, así como mayor información (por ejemplo, sobre la importancia de la vacuna antitetánica). El traslado a la zona costera de Chimbote es relativamente fácil, por lo que las mujeres acuden a centros médicos y hospitalarios estatales o privados con cierta regularidad.

En ambas localidades se constata que las motivaciones de las mujeres para asistir al CPN son la presencia de molestias o problemas en la gestación (tales como hinchazón, dolor de cabeza, anemia o debilidad), la preocupación por saber si el bebé se encuentra bien y si está en la posición adecuada (que determinará que el parto sea normal y no requerirá cesárea). Para despejar estas inquietudes se considera suficiente acudir al CPN una o dos veces durante la gestación, en muchos casos recién al final de la misma (excepto en Macate donde es frecuente acudir en el primer trimestre para confirmar la gestación).

A pesar de una mejor cobertura frente a tiempos pasados, existen varios factores que inhiben la asistencia de las mujeres al control prenatal. Entre los más importantes está la valoración de la gestación como un evento natural que no requiere intervención, salvo en caso de problemas. Una barrera fundamental es la vergüenza, recelo o pudor frente al personal de salud (tanto hombres como mujeres) y los procedimientos utilizados en el CPN, como el uso de la posición ginecológica y el examen de Papanicolau. A ello se sumará la prohibición de los esposos de que las mujeres sean examinadas por un médico varón. Esto determina que muchas veces las mujeres pongan como condición para asistir al CPN la omisión de los procedimientos mencionados.

4.3. La atención del parto

La relativa mayor aceptación del control prenatal no implica que la mayoría de mujeres consideren la opción del parto institucional como una posibilidad. Se reconoce el conocimiento y capacidad técnica del personal de salud básicamente para intervenir en caso de complicaciones: un parto "*difícil*" (por pérdida de líquido, edema, posición transversa, etc) o cuando existen antecedentes de complicaciones en partos previos que la partera no estuvo en capacidad de resolver.

Por ello la gran mayoría de partos en ambas localidades ocurren en los domicilios. En la zona de Cochapampa y Cachicadan los partos son atendidos por parteras, generalmente mujeres de edad avanzada. Algunas de estas parteras prefieren no atender partos por el esfuerzo que supone movilizarse de noche y los estragos que el frío acarrea a su salud.

En el distrito de Santa Cruz de Cochapampa la mayoría de partos son atendidos por familiares mujeres, salvo que se tenga "*confianza*" en una partera de Cochapampa o se prefiera una persona fuera de la familia (quien se convertirá en "*comadre*" luego de atender el parto). En Macate además de las parteras, los profesionales de salud de la zona atienden el parto en domicilio.

Por lo general las parteras de las zonas estudiadas en la Región de La Libertad no establecen una discriminación previa entre partos de alto, mediano y bajo riesgo. Reconocen como partos de mayor complejidad y peligro (sin que motiven necesariamente una derivación inmediata) el parto podálico, el parto gemelar y el parto "*seco*" que presenta básicamente sangre, a diferencia del "*aguadijo*" que presenta abundante líquido. En el caso de Macate, las parteras prefieren atender mujeres que ya han tenido hijos o que no hayan

presentado problemas durante la gestación, salvo que se trate de una emergencia.

Es frecuente acudir a la partera una vez que el parto se ha iniciado, cuando la parturienta presenta dolores intensos en la barriga, cadera o cintura, o pierde moco con sangre o líquido por la vagina. En caso que la partera no resida en el caserío, el contacto se realiza días antes.

En Santiago de Chuco la partera determinará la hora del nacimiento a través del "*pulseo*", técnica utilizada también durante el trabajo de parto para saber si este se desarrolla adecuadamente. Al inicio del parto el pulso será lento, suave y se palpa *"entre las articulaciones de la mano y el antebrazo"*. A medida que avanza el trabajo de parto y se acerca el nacimiento, el pulso se hace más fuerte y aumenta en frecuencia, pudiendo ser detectado incluso *"hacia la mitad del antebrazo"*.

A través de la palpación del abdomen (con características similares a las maniobras de Leopold) la partera determina si el bebé está *"en buena posición"* o si será necesario realizar la "*rodada*", "*colada*" o el "*acomodo*".

El ambiente donde se desarrollará el parto debe garantizar la privacidad de la parturienta. Se permite la presencia sólo de los familiares más cercanos (madre, hermana o esposo) de acuerdo al deseo de la parturienta, puesto que "*la vergüenza puede retrasar el nacimiento*". Esta vergüenza afectaría a la parturienta y al bebé por nacer, que se inhibiría de hacerlo. Por esta razón en la zona de Santiago de Chuco se evita la presencia de niños o de mujeres que no hayan tenido hijos.

Durante todo el proceso de parto la partera o familiar que atiende partos estimula a la parturienta *"a permanecer activa, trajinando"* para mantener el calor en el cuerpo, caminando o parada con las piernas separadas. Se evita que duerma o se acueste para no interferir con el descanso del bebé y prolongar la labor de parto.

Se considera que el frío y el aire pueden interferir seriamente el trabajo de parto. Por esta razón los familiares se ocupan de abrigar el ambiente donde ocurrirá el parto, ya sea prendiendo brasas (como en la zona de Macate) o brindando a la parturienta "*ramas cálidas*" (plantas medicinales) en cocimiento o infusión (*albahaca, flor de tuna, ruda, orégano, ricacha, flor de anguya* y *azucena)*. Con el mismo fin la partera realiza masajes y frotaciones en las caderas y abdomen de la parturienta.

Otro de los factores que pueden dificultar el parto es "*la debilidad*", para lo cual se recurren a alimentos y bebidas que además de calentar a la partu-

rienta, proporcionan energía para el parto. Se utilizan *"mazamorras de chuño, ponches, caldos y chocolate caliente con canela"* preparados por los familiares. Como última medida en la zona de Santiago de Chuco en caso de demora del nacimiento, *"se echa un cuy vivo en agua hirviendo"* y se da de tomar el agua a la parturienta.

Algunas parteras indican a la parturienta realizar *"esfuerzos de pujo"* durante los "*dolores*" (contracción) para ayudar a que el bebé "*corone*". El momento del nacimiento es detectado por las parteras y las mismas mujeres a través de una variedad de signos: contracciones más frecuentes, rasgos de mucosidad con sangre, imposibilidad para pararse y caminar , *"endurecimiento"* de la parte baja del vientre, rostro caliente y sudoroso como "*gallinas ponedoras*", deseos de "*echar fuerzas*" (pujar), agotamiento, el pulso se "*agita*" y luego se retira hacia la mitad del antebrazo y *"las sienes se hunden*" (Santiago de Chuco). Algunas parteras capacitadas verifican que el bebé ha coronado tocando los genitales de la parturienta usando un algodón o guantes.

Las posiciones más utilizadas para el momento del parto son *"de hincadas*" (de rodillas) o *"en cuclillas"*. Para ello se acondicionan frazadas, pellejos y mantas en el suelo, cerca de la cama para que la mujer pueda sostenerse en ella, creando una superficie mullida donde se deslizará el recién nacido.

Los familiares tienen un rol activo durante esta etapa, brindan aliento a la parturienta, y le proporcionan soporte físico: el esposo u otro familiar se coloca detrás de la parturienta y sosteniéndola firmemente por la cintura hace presión hacia abajo durante el pujo siguiendo la indicación de la persona que atiende el parto para *"ayudar a que el bebé corone*".

En la zona de Santiago de Chuco, el esposo, familiar o la propia partera presionan con su cuerpo la nariz y boca de la parturienta, para suspender momentáneamente la respiración y ayudar a la expulsión del bebé. Ambas prácticas son consideradas útiles cuando la mujer está agotada y debilitada por el esfuerzo del parto.

Durante esta etapa los mensajes del entorno familiar buscan "*contener y dar valor*" a la parturienta; se espera que ésta sea fuerte y soporte los dolores de parto. La actitud de la partera suele ser enérgica, reforzando la capacidad de la parturienta de enfrentar el proceso.

Los problemas que pueden presentarse en esta etapa, además de la mala posición fetal y el parto seco, son *"la circular de cordón*" (que la partera desenredará al momento del nacimiento) y el "*parto en manto*" (cuando el bebé nace

dentro de la bolsa amniótica); en este caso la partera debe "*romper el manto*" y extraer al bebé rápidamente para evitar su asfixia.

Generalmente la derivación a los servicios de salud se produce en los casos de parto prolongado (atribuido a que la mujer "*es estrecha*"), o cuando aparece un miembro por posición transversa. Existen referencias en Macate al uso de "*la parada de corona*", que consiste en colocar a la parturienta "*de cabeza*" para tratar de que el miembro vuelva al útero.

Algunas parteras protegen el periné, haciendo presión sobre el ano con un trapo limpio para evitar el rasgado. Si éste ocurre, se utilizan lavados diarios con agua de llantén o se deriva a un establecimiento de salud, aunque no es frecuente que las mujeres acudan por esta razón.

4.4. El alumbramiento

Inmediatamente después del nacimiento el bebé es secado y abrigado, colocándolo a un costado de la madre, quien se recuesta o permanece en cuclillas hasta el alumbramiento. El sangrado, la suavidad del cordón umbilical y la sensación de dolor y pujo en la parturienta, indican la inminente salida de la pacenta.

El principal riesgo reconocido en esta etapa es la retención de la placenta, que puede generar infección, hemorragia e incluso la muerte de la madre. Como en el parto se considera que el frío dificulta o impide la expulsión de la placenta, provocando que ésta "*se hinche y quede retenida*". Por esta razón el cordón (llamado también "atadero" o "*guía*") debe permanecer abrigado y en movimiento, mientras se espera el alumbramiento. En ningún caso se corta antes de que sea expulsada la placenta por temor a que el cordón regrese al útero y resulte imposible extraer la placenta.

En caso de demora se utilizan una serie de recursos para "*calentar a la parturienta*": bebidas calientes mezcladas con un poco de aceite y pisco, baños de asiento con leche y manzanilla (Macate), masajes en las caderas con belladona o mentol. Se busca también aumentar la presión intradiafragmática pidiéndo que sople una botella o provocándole náuseas. Cuando estas medidas no surten efecto, se deriva a la mujer a un establecimiento de salud, en algunos casos de manera tardía.

La placenta es enterrada con sal para evitar el "*efecto del rayo*" (Santiago de Chuco) o que la coman los animales (Macate). El entierro se realiza en un lugar

alejado donde no llegue el sol o la humedad. De no seguir este procedimiento la placenta *"puede solearse y podrirse"*, causando similar efecto en la mujer.

4.5. El puerperio

Se conceptualiza al puerperio como una época de riesgo durante la cual la mujer debe recuperarse del esfuerzo del parto. Se considera que la madre o matriz *"queda lastimada e inflamada"*, con restos de sangre que deben ser eliminados ("*corregidos*") adecuadamente. Además *"las caderas deben volver a su lugar"*, pues *"se han abierto"* durante el parto para dejar paso al niño/a.

La puérpera debe observar una serie de cuidados. Estos y los quehaceres domésticos cotidianos se encargan a la madre, a otras mujeres de la familia, o al propio esposo.

La mujer estará en reposo absoluto los primeros días, reintegrándose paulatinamente a sus actividades habituales sólo después del primer mes. Nuevamente el frío es uno de los principales peligros durante esta etapa ya que provoca (como en el caso de la menstruación) que "*la sangre se coagule y quede retenida*" , produciendo "*entuertos*" y otros problemas en las puérperas.

Para prevenir estos problemas la mujer *"se amarra la cabeza con un trapo para evitar que penetre el viento"*; para no exponerse a este elemento evita salir de la casa durante un mes; evitará el contacto con agua fría, utilizando sólo agua tibia o hierbas "*desinflamantes*" (*matico, llantén, malva, manzanilla*) para realizar la higiene genital y el baño que marca el fin del reposo absoluto. Luego de éste, se procederá a fajar a la puérpera para "*ayudar a que los huesos vuelvan a su lugar*".

Los familiares preparan "*ramas cálidas*" para "*corregir la sangre y limpiar la matriz*" de los residuos del parto. La alimentación está destinada a combatir la debilidad y ayudar a recuperar energías. Nuevamente se utilizan caldos, chuño de papa o maíz (Santiago de Chuco), ponches y chocolate.

Si la mujer no cumple con los cuidados mencionados y *"hace desarreglos"*, se expone al sobreparto o "*pin*" (Santiago de Chuco), caracterizado por dolor abdominal (debido a que "*la sangre se congela*"), *"sangrado"*, fiebre alta, edema, escalofríos y dolor de cabeza, síntomas que parecen coincidir con los de una infección puerperal. Se considera que las mujeres que no cuentan con el apoyo del entorno familiar inmediato para las tareas domésticas, están más expuestas porque deben levantarse precozmente y realizan esfuerzos cuando su cuerpo aún *"está débil"*.

En muchos casos se recurre en primera instancia a tratamientos tradicionales para el sobreparto en base de plantas (como el *maíz negro, unquía, pie de perro, llantén, flor de luna, flor de cardo amarillo)* y frotaciones con belladona o mentol. Sólo se acudirá a un establecimiento de salud, si los síntomas persisten. En el caso de Macate existe claramente la noción de infección puerperal producida por mala higiene en la atención de parto o por la retención de restos placentarios u ovulares, por lo cual las puérperas son derivadas directamente a un servicio de salud.

En la zona de Macate las parteras suelen visitar a las mujeres algunos días después del parto, derivando en caso de existir complicaciones. En Santiago de Chuco la visita está condicionada por la distancia; si la puérpera vive lejos la partera no irá a visitarla. No se considera necesario acudir a los establecimientos de salud a menos que se presente algún problema. Una forma de lograr que asistan a éstos es a través del "*denuncio*", es decir la necesidad de inscribir al recién nacido antes de los 30 días post parto para obtener la partida de nacimiento. El personal de salud aprovecha este momento para examinar al bebé y conocer el estado de salud de la madre.

4.6. La atención del recién nacido

Las parteras y familiares que atienden partos realizan una atención inmediata del recién nacido, estimulando *"un buen llanto"* mediante nalgadas o masajes en la espalda. El bebé es abrigado y colocado cerca de la madre para que el cordón esté en movimiento y facilite el desprendimiento de la placenta. Se limpian los ojos con *agua de col o malva*.

El cordón es atado con "*hilo carreto*" generalmente desinfectado con alcohol. Una vez que la placenta ha sido expulsada, se corta el cordón con una tijera "*no oxidada y pasada por alcohol*". El muñón es limpiado y cubierto con "*ceniza de pluma de gallina*". Las parteras capacitadas en la zona de Macate utilizan también antisépticos o penicilina en polvo. Es importante anotar que no se han registrado casos de tétanos neonatal en la zona.

Por lo general se baña al recién nacido al día siguiente, empleando agua de hierbas (como; *ruda, hierba santa, eucalipto o manzanilla*). Se procede a fajarlo desde los hombros hasta los pies para que sus huesos crezcan y sean fuertes, permitiendo a la madre cargarlo a la espalda mientras realiza sus actividades cotidianas. De no hacerlo el niño/a puede *"luxarse* o *troncharse*" ("*shilquido*")

(Santiago de Chuco) produciendo *"llanto continuo y adelgazamiento"* porque los huesos "*quedan fuera de lugar*".

El frío y el aire también pueden afectar al recién nacido, por exposición directa o cuando la madre ingiere bebidas o alimentos fríos o lava con agua fría, ya que se considera que el frío *"pasa a través de la leche materna"*. En este último caso provocará el "*chirimpacho*" (empacho por frío) con deposiciones verdes o amarillas, cólicos y vómitos en los niños/as.

El "*ojo*" y el "*susto*" son perturbaciones relacionadas con *"emociones intensas"* sufridas por el bebé. El primero ocurre cuando es "*ojeado*" por una persona *"que mira con mala intención"*, provocando una fuerte reacción caracterizada por llanto continuo, náuseas y vómitos, que pueden conducir a la muerte si no son tratados a tiempo. El susto se produce por *"una impresión fuerte"*, como golpes o gritos. En ambos casos se utilizan recursos tradicionales (pasada de huevo, "*chupada*", baños) a cargo de curanderos/as o curiosos/as de la zona.

4.7. Lactancia materna

La lactancia materna no suele ser precoz en las zonas estudiadas. Se inicia entre el primer y tercer día de nacido el niño, de acuerdo a la disponibilidad de leche materna. Por lo general se espera a que el niño llore, como signo de que tiene hambre. Se suele dar al recién nacido mates de *anís, canela* o *"lamedor" de cebolla* (jarabe preparado con agua de cebolla y azúcar) con el fin de "*limpiar su estómago*" del líquido que podría haber ingerido durante el parto y como alimento en caso de que la madre no tenga leche.

Existen una serie de recursos utilizados para aumentar la producción de leche materna, como avena, caldos y mazamorras. Se evitan los alimentos fríos porque tienen la propiedad de "*resfriar*" (enfriar) la leche y producir cólicos o empacho ("*chirimpacho*") en el bebé. Complementariamente se emplea leche de vaca, si la leche materna no alcanza.

La falta de preparación de los pezones durante la gestación, determina con frecuencia que se produzcan grietas y dolor al momento de lactar (especialmente en las primerizas) limitando la lactancia y pudiendo causar mastitis. En estos casos se utilizan emplastos de llantén o se acudirá a un establecimiento de salud.

5. RELACIONES ENTRE LOS SISTEMAS DE SALUD

El estudio exploró las percepciones mutuas entre el personal de salud, las parteras y las mujeres de las comunidades estudiadas, para conocer los puntos de vista de los diferentes actores involucrados en el proceso de atención de parto. De esta manera fue posible ahondar en las actitudes y percepciones de las mujeres hacia el parto institucional, que determinan que éste no sea una opción importante para ellas.

Las razones para preferir un parto en casa están relacionadas con el ambiente familiar, cálido y de soporte físico y emocional permanente. En este espacio la preocupación principal es reducir al máximo las interferencias que pudieran perturbar a la parturienta. Las formas de actuar de la partera coinciden con las propias consideraciones de las mujeres parturientas y existe la posibilidad de apelar a recursos valorados como favorables para el proceso (posición vertical, los mates para mantener el calor, entre otros)

Acompañan a esta elección la identificación de una serie de factores que inhiben que las mujeres acudan a los servicios de salud para la atención del parto, las cuales detallaremos a continuación. Además de aquellos factores "más visibles" (como los costos del parto institucional que escapan a sus economías de subsistencia y el difícil acceso geográfico por las distancias y la ausencia de transporte regular en horas de la tarde y la noche) existen una serie de elementos que tienen que ver con la distancia cultural existente entre la forma tradicional y el modelo institucional de atención de parto.

Como en el caso del control prenatal, un elemento central es *"la vergüenza"* a ser colocadas en posición ginecológica y tener que dar a luz en una posición fisiológica y que deja al descubierto los genitales, junto con la práctica del tacto vaginal, en contraste con el actuar de la partera, que *"no manosea"* o expone las partes íntimas de la parturienta. Se suma un ambiente ajeno, con presencia de personas extrañas, lo que resta seguridad emocional especialmente cuando la parturienta es además alejada de sus personas más cercanas.

Un elemento adicional está relacionado con *"la confianza o desconfianza"* que genera el personal y los establecimientos de salud en la población. En el caso de Santiago de Chuco por ejemplo se evidencia una actitud positiva hacia los puestos de salud de la zona (Cachicadan y Cochapampa), percibiéndose una actitud de respeto y colaboración de parte del personal de salud.

No ocurre lo mismo con el hospital de Santiago de Chuco, que genera en mujeres y parteras gran desconfianza o "*recelo*", que puede tener impacto en la disponibilidad de aquéllas a derivar a las parturientas en caso de complicaciones. Esta desconfianza se traduce en dudas hacia la competencia técnica y la confidencialidad de los profesionales y en dificultades para establecer una comunicación efectiva con la población. Al respecto las mujeres señalan: "*no entendemos lo que nos dice*", "*no nos sabe decir lo que tenemos*". Una actitud similar se constata hacia el hospital "La Caleta" en Chimbote.

Es posible que la actitud más favorable en el primer caso se deba a una estrategia más flexible de parte del personal de salud. Estos han logrado incorporar términos y conceptos locales para mejorar su aproximación a gestantes y parturientas y han adoptado algunas costumbres o exigencias de la población, como la presencia de familiares durante el parto, la restricción del tacto vaginal, la eliminación del rasurado y la atención en posición vertical, logrando una mayor aceptación del parto institucional.

El personal de salud también tiene una valoración positiva sobre otros aspectos, como el uso del mate de *flor de tuna* (a la cual atribuyen efectos ocitócicos); sobre la posición vertical que se considera favorece un parto más rápido y evita los desgarros, así como la presencia del entorno cercano de la parturienta durante el parto, que infunde tranquilidad y facilita el proceso. Se considera que todas estas prácticas, además de la disposición de la placenta de acuerdo a las costumbres locales podrían ser incorporadas al puesto de salud de Cachicadán, capacitando al personal de salud para realizar los ajustes necesarios.

El personal de salud de las zonas estudiadas en La Libertad y Chavín identifican una serie de problemas asociados a la atención domiciliaria que deberían ser tratados en la capacitación a parteras.

Durante el parto y alumbramiento destacan la atención indiscriminada de partos de bajo, mediano y alto riesgo, así como la derivación tardía de complicaciones (parto prolongado, retención de placenta, entre otros); observan los pujos prolongados que producirán agotamiento, desmayos y edema vulvar, sea porque empiezan a destiempo (ante la falta de certeza para determinar el momento del expulsivo) o porque esta indicación de pujar se prolonga excesivamente en caso de dificultades durante el nacimiento. Son evidentes las malas condiciones de higiene durante la atención de parto (en el ambiente donde ocurre el parto, la zona perineal que no es objeto de higiene previa al parto y en las condiciones de los instrumentos empleados para cortar y ligar el

cordón umbilical). Por último señalan que no existe una adecuada prevención y atención a los desgarros.

En relación al recién nacido identifican como problemas prioritarios, la presencia de infecciones (onfalitis y conjuntivitis) derivadas de una higiene inadecuada y una evaluación insuficiente del estado del recién nacido. Finalmente durante el puerperio destacan como carencias la no utilización de fármacos frente a las infecciones puerperales o para favorecer la involución uterina. Esto último sumado a un prolongado descanso puerperal impediría en opinión del personal de salud una adecuada eliminación de los loquios y prolongaría innecesariamente el sangrado.

Capítulo VI

Madre acompañada de su esposo

Hallazgos etnográficos Ucayali/San Martín etnias amazónicas

LA VISION DE FUTURO QUE ORGANIZA LA VIDA
DEL HOMBRE DEL BOSQUE AMAZÓNICO SE
SUSTENTA EN EL EQUILIBRIO DEL ALMA CON
EL CUERPO Y LA INTEGRACIÓN DEL HOMBRE
CON LAS FUERZAS DE LA NATURALEZA

1. ENTORNO DEPARTAMENTAL Y COMUNIDADES DE ESTUDIO

El estudio comprende los departamentos amazónicos de Ucayali y San Martín, con importantes etnias nativas y una creciente presencia mestiza.

1.1. San Martín : Etnias Aguarunas y Chachapoyas-Lamas

El departamento de San Martín está habitado por la etnia Chachapoyas - Lamas que pertenece a la familia lingüística de los quechuas que ocupan zonas de selva alta y baja. Existen comunidades nativas aguarunas, pertenecientes a la familia lingüística de los jíbaros, ubicadas en las provincias de Moyobamba y Rioja.

En este departamento 57.4% de los partos ocurren en domicilios, 45% fueron atendidos por parteras y 5.3% por familiares, mientras que 40.8% fueron partos institucionales.

En relación al control prenatal, 45.4% de las mujeres no recibieron esta atención. De las gestantes que asistieron al control 30.2% fueron atendidas por un médico y 22.9% por una obstetriz/enfermera.

Según datos de la Región de Salud de San Martín, el distrito de Awajun, ubicado a 40 Km. de la ciudad de Rioja, tiene una población total de 1,545 habitantes, de ellos un pequeño porcentaje son mestizos. Se asienta en la margen derecha de la carretera marginal Rioja - Olmos, la principal vía de acceso a la región.

De acuerdo a datos obtenidos de la Unidad Básica de Salud de Rioja, al que pertenece el puesto de salud de Bajo Naranjillo, 337 habitantes son mujeres en edad fértil, de las cuales un pequeño porcentaje acude al control prenatal. El 68% de partos ocurre en el domicilio, en gran porcentaje atendidos por familiares, pues no se registran parteras capacitadas en Bajo Naranjillo.

El puesto de salud de Bajo Naranjillo dispone de un solo ambiente, construido precariamente con paredes de cañas y techo de calamina. Ahí trabajan dos técnicas sanitarias, una de ellas nativa aguaruna. El puesto de salud con mejor infraestructura y personal médico, está ubicado aproximadamente a doce kilómetros de Bajo Naranjillo, al cual muy rara vez acuden los nativos.

La comunidad de Pamashto está ubicada a doce kilómetros de Lamas, tiene en el hospital rural de Lamas su centro de referencia. Cuenta con un puesto de salud amplio pero de estructura precaria. En el laboran una obstetriz y tres técnicos sanitarios, quienes prestan sus servicios a una población de 1,223 habitantes.

Según la Dirección Regional de Salud de San Martín para 1997 existía una población de 414 mujeres en edad fértil, de las cuales el 61% eran gestantes. En el hospital rural de Lamas se registraron hasta junio de 1997, 141 nacimientos, 69 partos domiciliarios, 191 gestantes y 18 parteras reconocidas y capacitadas.

En el hospital rural de Lamas se registran muertes materna y muertes perinatales y neonatales, siendo las principales causas: feto macrosómico, óbito fetal, síndrome aspirativo, infección respiratoria aguda y dos muertes por sepsis neonatal.

1.2. Ucayali: Etnias shipibo y mestizos

En el departamento de Ucayali habita la familia lingüística Pano, cuyo grupo étnico más numeroso es el Shipibo - Conibo, distribuido a lo largo del río Ucayali y sus principales afluentes.

La etnia Shipibo tiene alrededor de 16,000 habitantes que representan el 7.9% de la población del departamento de Ucayali. Residen en el área rural,

en el bosque amazónico y su patrón de asentamiento combina la forma nucleada (concentrada en torno a escuelas o postas médicas) y la dispersa (familias extensas en territorios extensos).

Según la ENDES 1996 el departamento de Ucayali tiene 90,397 mujeres en edad fértil (MEF) estimándose para 1997 un total de 15,641 gestantes. La tasa global de fecundidad estimada para el área rural es de 6.4% y la urbana es de 4.0 %. Las MEF de 15 a 45 años constituyen el 22% de la población total y el 45% de la población femenina de Ucayali. La proporción de mujeres casadas o convivientes es de 71%. De otro lado las mujeres solteras superan la quinta parte (20.1%). El 74% de mujeres viven en zona urbana, mientras que el 26% viven en el área rural.

El 33% de las mujeres de 15 a 19 años de edad estuvieron alguna vez embarazadas, son madres o están gestando por primera vez. Esta misma característica se presenta en el área urbana con más de la cuarta parte (26.5%) de adolescentes. El 21 % de las adolescentes son madres.

En cuanto a la atención en el embarazo, según la ENDES 53% de los nacimientos ocurridos en los últimos 5 años recibió asistencia prenatal a cargo de profesionales, mientras que el 45% no recibió ningún tipo de atención.

La tasa de mortalidad materna (TMM) es de 223 por 100,000 n.v. según ENDES 96, mientras que en el Perú es de 265 por 100,000 n.v. .

Las principales causas de morbi - mortalidad materno perinatal en la Región Ucayali durante 1996 fueron: anemia por deficiencia de hierro (16%), amenaza de aborto (15.8%) e infecciones del tracto urinario (8.6%).

Las comunidades en las cuales se implementó el estudio fueron: Santa Isabel de Bahuanisho y Tacshitea en el distrito de Callería, provincia de Coronel Portillo, departamento de Ucayali.

Santa Isabel de Bahuanisho está ubicada a una hora y media río arriba de Pucallpa, un tanto alejada del río Ucayali, con un margen inundable de unos 800 mts. aproximadamente. Tacshitea está ubicada a tres horas río abajo en la ribera del río Ucayali; zona totalmente inundable en época de creciente y prácticamente sin terrenos en altura, por lo que su agricultura es prácticamente nula en épocas de creciente; sin embargo durante el verano en las playas se aprecian cultivos de chiclayo, frijol y soya.

La comunidad de Santa Isabel de Bahuanisho es del grupo étnico Shipibo. Cuenta con un puesto de salud, a cargo de una enfermera. Su población total es de 427 habitantes, 114 mujeres en edad fértil y 9 gestantes. De ésta últimas

una se controla en el puesto, mientras que el resto recibe atención domiciliaria a cargo de parteras tradicionales, todas shipibas.

Tacshitea es una comunidad mestiza donde también viven y llegan pobladores shipibos, pertenecientes a las cinco comunidades aledañas. Cuenta con una población total de 5,305 pobladores; 1,714 MEF y 608 gestantes distribuidas en los caseríos de esta jurisdicción. El establecimiento de salud no cuenta con un censo actualizado.

El puesto de salud de referencia tiene categoría de centro de salud, porque cuenta con un equipo conformado por médico, obstetriz, enfermera y técnicos de enfermería; sin embargo la infraestructura no está acorde con las necesidades de la población. El personal de salud se mostró muy motivado y dispuesto a trabajar con la población aspectos vinculados a la maternidad.

2. ETNOFISIOLOGÍA Y SABER CULTURAL.

AGUARUNAS - LAMAS - SAN MARTÍN

2.1. Salud y enfermedad

La concepción de salud de hombres y mujeres está relacionada al mundo cosmogónico de cada grupo social, lo que acontece con singular fuerza en las etnias amazónicas. Las enfermedades más frecuentes son la diarrea, el paludismo, la parasitosis, reumatismo y enfermedades émicas como el *"aire"* y el *"susto"*. Estas últimas son consideradas de carácter sobrenatural y afectan principalmente a niños recién nacidos.

Se ha podido observar también la existencia de gripe y enfermedades de transmisión sexual (sífilis, gonorrea, etc.) atribuidas a los mestizos ya que fueron estos quienes las introdujeron a la comunidad en sus primeros contactos con la civilización.

Consideran que las enfermedades dependen de la influencia sobrenatural y tienen la creencia que el contacto de una persona puede influir en la salud del niño.

> *"Las embarazadas también que no deben tocar al bebito porque va a pujar, comienza a pujar y comienza a llenarse de gases... El brujo dice, este niño*

tiene problema desde que le ha nacido, después que ha nacido le ha chocado el aire. Entonces ellos le darán algunas medicinas, ha tomado y desaparece y nos cuenta que ya está mejor así". (Celestina, técnica de salud. Aguaruna)

Las enfermedades son tratadas generalmente con medicinas naturales, principalmente por falta de recursos económicos.

"Acá no tiene dinero normalmente para un tratamiento son 6 óvulos, entonces no tienen 18 ó 20 soles para comprar, depende del tipo de cervicitis, hay para tratar con vinagre o con sangre de grado. Aquí mis pacientes no lo utilizan y nunca se hacen un lavado vaginal, pueden hacerse baños de asiento, pero que se hagan lavados internamente no". (Claudia, obstetriz. Pashmato)

Los Aguarunas y sus plantas medicinales

NOMBRE COMÚN	NOMBRE AGUARUNA	PROPIEDADES
ALVASA		Infecciones intestinales, infecciones respiratorias, gripe, mal de oído (otitis)
AYAHUASCA	*Datem*	Alucinógeno utilizado por curanderos.
CHANCAPIEDRA		Dolor de riñones y eliminación de piedras de la vejiga.
JENGIBRE	*Ageg*	Combate la pleuresía, resfríos, ciática, dolores neurálgicos y nervios. Es la planta más utilizada para la menstruación, gestación, parto y puerperio.
OJÉ	*Wampu*	Para combatir parasitosis, amebiasis y purgante vermífugo.
PIRIPIRI	*Pijipig*	Para crecimiento, coagulante, diarrea, amuleto, anticonceptivo, fortuna en la cacería.
SACHA AJO	*Kaip*	Combate resfrío y reumatismo.
SANGRE de GRADO	*Ujushnum*	Se usa como hemostático y cicatrizante.
TAC	*Baikua*	Alucinógeno que se usa para lograr la visión de Ajutap (espíritu de los antepasados).
UÑA DE GATO	*Ajagke*	Sirve para la curación de gripe y resfríos.

Fuente: ELLIOT BLA, Jorge. "Los recursos forestales en las comunidades nativas aguarunas del Alto Mayo". ITDG, 1996.

Es importante resaltar el uso de diferentes plantas para el trato de las enfermedades en la zona de Awajum, entre ellos el *piri-piri* y el *kión.*

> *"Usamos el "piripiri", le preparamos con agua chancándose con piedra, le calentamos y así ponemos enema cuando tiene diarrea y baja la barriga; también le damos aeroom, así lavamos su estómago (le recetó la tía Celestina), otra vez está haciendo y ya está sanado barriguita"*

> *"Algunos vienen cuando les duele la barriga, otros cuando duele la cabeza; otros vienen para dar a luz y otros para curar bebito. Hay varios kión, uno que no es medicina, hay otro kión para tos, masticando pasa, mi madre tiene sembrado en la chacra de San Miguel, ahí tiene terreno. Cuesta caro, eso se compra por el Marañón. Cuando bebita tenía gas, donde mi tía compré con gallina una bola nomás me dieron con diez soles, ahí puse enema a mi hijita, él tiene toda clase de medicina, pone enema para que no enferme el primer nacido, ellos así están curando todo natural, lo consigue donde mi tío Santos. El mismo prepara, el pone en todos kión y "piripiri", eso se pone dos bolas y otra plantita que lo poníamos chapeadito en agua"*

> *"Otro tiene olor a culantro con hojas anchas, como barbasco. Eso lo chancamos y hervimos con agüita, ahí cuando enfría pone una sola vez y ahí empieza a botar caca como medio moco. Cuando dejamos así al bebito empieza a engordar…". (Claudia. Aguaruna)*

En Pamashto para tratar las enfermedades, también usan plantas.

> *"Los hombres de trabajo quieren enfermar ya, a veces se van mucho trabajo ya, se curan acá no con pastillas, antalgina no más se sanan, con alcanfor, con romero, con hojitas, con eso se soba, con el unto (grasa de chancho) con eso se soba, preparado con trago, con eso se sana, con eso sano ya amanece, toman café y aspirina con eso también". (Natividad, partera. Pamashto)*

2.2. Roles y relaciones entre hombre y mujeres

Los roles están bien definidos en función a las actividades que realizan, así como las responsabilidades dentro y fuera del hogar. Las mujeres se encargan del

cultivo en la chacra y de las tareas domésticas, apoyados por sus parejas que se dedican principalmente a la caza y la recolección.

> *"Mayormente están dedicados al cultivo de arroz, maíz, café, que son productos comerciales. Siempre le están acompañando a la actividad de la mujer que es la chacra integral donde siembran plátano, yuca, caña, sachapapa, camote, chiqui, dale dale (frutos nativos), piña, calabazas, así todo combinadas. Las chacras integrales tradicionalmente son conducidas por la mujer, pero ahora el hombre les apoya"*

> *"En la casa, la mujer hace la limpieza de la casa, limpieza del patio, es una actividad más de la mujer. Cuando aumenta la hierba, los hombres ayudan a limpiar, la mujer se dedica a la crianza de patos y gallinas". (Adolfo, dirigente comunal. Bajo Naranjillo)*

Las relaciones de los padres con los hijos se construyen en el proceso de socialización y aprendizaje que forma parte de la formación integral de la persona.

> *"Generalmente el varón tiene que acompañar en la caza, en la pesca, en la recolección. Ahí el varón tiene una gana de acción en el acompañamiento a su padre; le acompaña para que aprende, para que también sirva de ataque de animales o enemigos; no se le enseña, sino que el hombre va aceptando". (Adolfo, dirigente comunal. Bajo Naranjillo)*

En el grupo de Pamashto, lo más importante es que el hombre *"no descuide"* la provisión de alimentos a la familia.

> *"El hombre está en afán de conseguir alimento, tanto para sus hijos como para la señora que está en descanso. Eso es la responsabilidad que tiene". (Grupo focal, varones)*

Referente a la relación de pareja, en los Aguarunas la mujer es muy sumisa al hombre, *"no puede mirar de frente a otro hombre"*, siempre mirará hacia abajo. Cuando caminan en la calle, el hombre va adelante y la mujer muy atrás, pero el hombre está vigilando los movimientos de su pareja:

"Fundamentalmente, la mujer debe estar muy cerca, muy pegada a su esposo, para que se evite de esta manera en pensar en otro hombre fuera de su esposo en actos sexuales, a veces, la mujer se emociona de la belleza de otro hombre, entonces sin querer sexualmente por su belleza acepta…". (Adolfo, dirigente comunal. Bajo Naranjillo)

2.3. La mujer y el varon sanos

Para los aguarunas la mujer sana tiene cualidades como ser "*gordita*" y presentar "*chapas*" en las mejillas, asimismo indican que posee una personalidad "*alegre*", sociable, y tiene numerosos hijos.

"Una mujer sana es gordita, alegre, sabe razonar las cosas, positivamente no se amarga mucho, ser sociable con personas conocidas y desconocidas también, desarrolla actividades en la casa, también tiene a cargo atender a los niños, al esposo, atender con alimentos". (Marcial)

"Mujer sana no es pálida, todo sangre rojo, un poco gordita, le gusta comer, le gusta preparar mazato, le gusta bailar.

"Prepara mazato, barre la casa, cocinar, atender a sus hijos, ir con su esposo a la chacra, comer fruta silvestre, comer carne de monte. Las mujeres sanas de la selva tienen 10, 12 hijos, nunca se han enfermado, porque antes había carne, frutos silvestres en abundancia había una alimentación buena". (Nestor)

En Pamashto los varones señalan similares características de las mujeres sanas.

"Se le ve más fuerte, más desarrollada, se le ve no más su cuerpo gordita. También es alegre, participativa, con ganas de hacer las cosas, eso demuestra que está sana. Su color es normal, se le ve medio chaposita, colorada, producto que demuestra estar sana. Cuando no está sana se le ve pálida, eso porque la alimentación es primordial y cuidarse por lo menos". (Grupo Focal, varones)

Las mujeres de Pamashto señalan como características de la mujer sana, que esta sea "*trabajadora y alegre*", "*dedicada*" a sus hijos, mientras que la consideran enferma si está "*preocupada, impaciente*".

En cambio el varón sano para las aguarunas es:

> *"El hombre físicamente tiene que ser sano, deberá ser fuerte, sano, tranquilo, amable, alegre, hermoso. El hombre realiza muchas actividades en la casa, en la comunidad". (Marcial)*

La salud en los aguarunas "*se conserva con hierbas*", hay preferencia especial a cuidados en relación a los parásitos, mediante "*lavados intestinales*" con el *ojé*.

> *"Debe tomar hierbas como ayahuasca, como ojé para eliminar bichos, lombrices, tomar uña de gato, lavarse por la boca con agua tibia con vayosa, es una planta que sirve para lavar todo por adentro, es como laxante, o sea, es una planta como tipo viva, es una planta cuando tú te quemas, no produce ampollas. A base de hierbas, el hombre ha vivido sano, curándose". (Nestor)*

Igualmente en Pamashto consideran muy importante efectuar periódicamente la "*purga*" para mantener una buena salud. Esta se realiza para "*limpiarse de parásitos internos*" y tener "*una buena alimentación*". Identifican a "*la cuica*" y "*la ilula*" como parásitos más frecuentes.

> *"…Se toma purgante para botar bichos, sino botamos podemos morir quizás. Cuando chupa toda nuestra sangre, ese lo que decimos la cuica (pequeños bichos). Yo tomo ese pomito de magnecia, eso se toma y con eso se bota. En plantashay el paico, ese paico se toma machacando, se toma temprano, antes de tomar el café, nada, una copita nomás se toma, se bota ese que se llama ilula, lo que se dice, machacando se toma eso espeso". (Elsa, partera. Pashmato)*

2.4. Las imagenes de la reproducción

2.4.1. Menstruación

La menstruación en la mujer aguaruna se define dentro del contexto sexual, consideran que cuando la mujer está con un hombre, empieza a menstruar

> *"En mi costumbre decían, a una mujer le baja cuando el hombre le hace o sea le maltrata, a veces le dicen son pituquitas o sea le rompe el hombre y le hace bajar y hace tener "chuchito" a niñitas de 10 a 12 años; se decía antes…. Cuando nadie le toca a la mujer le baja a los 14 ó 15 años, también cuando el hombre le toca su "chucho"(pezón), así decía antes". (Isabel, partera. Aguaruna)*

La inminencia del período menstrual esta relacionado directamente con molestias, dolor y debilidad.

> *"Me da náuseas, me duele cabeza, siento algo en el útero y siento que baja la menstruación, vómito, débil me siento y ahí sabemos que ya va a venir la regla". (Paula)*

Para evitar el dolor o las molestias generalmente utilizan plantas medicinales como el *jengibre*:

> *"Eso a veces, jengibre eso que nos pica, eso chancan un poquito en una taza lo echan con agua, le ponen a la candela calientito, le ponen enema; cuando nos duele un poco estamos con nuestra regla, se toma un poco y no nos duele y calma un poquito la regla; no suspende el nunpapu aje -baja sangre-". (Isabel)*

Sobre la menstruación, las mujeres mayores de 30 años, dicen:

> *"A mí me vino mi regla a los 14 años, me asusté. A mi mamá le decía cuando por primera vez tuve la regla, mi mamá me hacía mi remedio, echaba leña en la candela, eso me hacía pasar, hacía jengibre, también se saltaba en la candela par que no nos agarre otra vez, nos hacía saltar seis*

días, preparaba un shunto (montón) de leña, un rato nos hacía saltar de este lado y otro rato del otro lado, eso es un secreto para que no te baje la regla mucho o al mes". (Grupo focal)

Es frecuente el uso entre las mujeres de remedios caseros para "*no sufrir dolor de menstruación*" y no tener "*mucho flujo*".

"Para los dolores se toma malva, se hace hervir, eso se toma cuando nos agarra nuestra regla 8 días, eso te calma la sangre. Hay planta que se llama chichanero, es un arbolito de palito negro y hojas verde". (Grupo focal)

Durante la menstruación la mujer debe evitar los esfuerzos físicos y las relaciones sexuales.

"La mujer no tiene que hacer trabajos pesados, un poco de reposo a la vez, el hombre no puede tener relaciones, actos sexuales". (Marcial. Aguaruna)

En Pamashto son más complejas las consideraciones sobre los cuidados de las mujeres cuando menstruan.

"Todo se hace, solamente cuando se va a la chacra hay que tener cuidado con la víbora, nos huele cuando estamos con la regla y se acerca y nos puede morder"

"Esa clase cuando se va a coger café se seca el café, cuando le tocas nomás se seca"

2.4.2. Fertilidad y concepción

Los aguarunas consideran que la fertilidad empieza desde los 12 o 13 años de edad, es decir, desde que se inicia la menstruación. Esta se considera la condición previa para "*tener marido*" o matrimonio e hijos,

"La fertilidad de la mujer empieza la regla, desde los 12 ó 13 años, problema que aquí pasan en comunidad nativa desde muy tierna se casa. Como no hay otra cosa que hacer o diversión para cambiar ideas no hay otra cosa,

estamos metidos acá, encerrado o cual sería que desde muy temprana edad se casan" . (Celestina)

También los hombres se casan desde temprana edad, a partir de los 17 o18 años.

"los hombres a los 17 años, a los 18 años, la mayoría se cada a la edad temprana a los 17 ó 18 años. Bueno, yo recibí antiguamente de mis paisanos en tiempos ancestrales no se casaban en temprana edad, se casaban a los 30 años, 40 años, hasta 50 años y todavía ellos eran jóvenes, ahora se ha transformado, hay una evolución en el tiempo, la ciencia avanza, las mujeres ahora se relacionan más en los colegios, tienen el contacto, entre ellos hay enamoramiento y ya se produce matrimonio". (Marcelino)

La aptitud para casarse a una edad temprana se alcanza a través de "*la visión*" obtenida con ayahuasca. En "*la visión*" el dios *Bikut* indicará cómo será ese joven en el futuro y si se tiene la edad apropiada para formar familia.

"Solamente a través de la visión, cuando recibe la visión, ya está apto para realizar matrimonio. Generalmente es muy difícil explicar no, yo en mi caso a la edad más o menos de 14 años he pensado en la mujer, pero como era consejo de nuestros viejos, esto era malo, tener una relación sexual desde una temprana edad, una edad apropiada, al romperse el alma del cuerpo se deforma y nuestros hijos no nacen bien, estoy explicando a Bikut, él era un hombre, con plantas medicinales estableció reglas de disciplina, reglas sociales". (Adolfo, dirigente comunal. Bajo Naranjillo)

En Pamashto igualmente el matrimonio empieza desde temprana edad, las relaciones sexuales se inician en la pubertad.

"Haciendo el uso sexual, el hombre empieza a los 14 años a tener relaciones, son mosanderos pues….Yo cuando tenía 14 años ya tenía mi hembrita". (Grupo focal)

En cuanto a la reproducción, los aguarunas manifiestan que después de la menstruación es que puede *"quedar embarazada la mujer"*.

"Cuando tiene se menstruación y pasa de 2 días, no se puede tener hijo y de ahí a 9 días puede quedar embarazada, o sea, la regla 9 días puede quedar embarazada, o sea de la regla 9 días y después 9 días, y luego empieza a madurar el óvulo". (Isabel)

La concepción está asociada al acto sexual de las parejas, consideran que en ese momento se produce la fecundación.

"En el acto sexual, el semen, lo que se llama el espermatozoide, a base de eso empieza a fecundarse y nace el feto". (Grupo focal. Pamashto)

Los de Pamashto ubican "*al vientre y el óvulo*" como el lugar de fecundación.

"La fecundación se produce en el vientre... en el óvulo". (Grupo focal, mujeres)

2.4.3. Prácticas anticonceptivas

Es usual en los aguarunas emplear plantas medicinales y el método de calendario o ritmo . Las plantas usadas generalmente son *toe*, *jengibre* (*kión*) y *piripiri*.

Con respecto al uso del *toe,* refieren:

"Bueno, antiguamente nosotros no teníamos práctica para no tener hijos, los viejos practicaban tenemos el toe y le ponían una gotita en el pene para no tener hijos, con eso ya cuidaba a la mujer, otra cosa también, el hombre juntamente con su esposa o dormía aparte, actualmente hay una planificación familiar". (Marcelino)

Otra planta muy utilizada es el *jengibre,* en mates y con un periodo "*de dieta*" donde determinados alimentos no se consumen:

"Tenemos jengibre, se toma chancando y se toma bien calientito tres veces una taza tempranito, otro al otro día y otro al día siguiente sin desayuno y dietas. No usas tu esposo, no comes carnes ni bagres (pez negro)" .

"Si has dietado un mes, ya vives normal con tu esposo".

"Hay dos clases, de no tener nunca y de no tener 5 años, y si tú no dietas no te hace nada". (Isabel)

El método de calendario o ritmo es empleado por los aguarunas con singulares consideraciones:

"Yo me cuido así nomás, me controlo mi mes, cuando me pasa mi regla no se puede hacer y después ya puedo hacer, 8 días me cuido hasta que me baje mi regla, 8 días se puede hacer desde que viene mi regla". (Isabel)

"Tenemos que esperar hasta que pase día peligro, este método se llama limitarse, limitarse. Antes me controlaba así, ahora he mandado ligar mi esposa (la esposa es mestiza). Algunos de nosotros ligamos a nuestra mujeres, otros no". (Nestor)

El puesto de salud de Awajun trata de difundir los métodos modernos de la planificación familiar, como la ligadura, anticonceptivos. Hay cierta aceptación por parte de las mujeres jóvenes, pero sin una decisión definitiva para practicarlos.

En Pamashto también emplean plantas medicinales anticonceptivas como la "*vergonzosa*", y el método de calendario o ritmo.

"… hay una plantita simple, eso la "vergonzosa", eso cuando se toca, mejor dicho se muere. Lo cocinan, ellas quizás con eso no más se cuidan. No sé si hace efecto, pero su llullu viejo es este tamaño, tiene 6 años, ella me decía con eso no más sobrinita cuídate, yo no pensaba ligarme, ella pues con esa plantita se cuida, no sé si las hojas utilizará, no sé pues"). (Natividad)

Hemos observados que el método del calendario goza de gran aceptación en la población, la que identifica algunos problemas en su efectividad relacionadas a irregularidades en el período menstrual.

"No todas las mujeres, su regla normal, a veces hay retrasos, se adelanta, ahí es cuando uno se cuida naturalmente, sin utilizar pastillas, condones, te controlasen base a la regla, pero te equivocas de acuerdo al clima no sé qué debe ser, o de acuerdo a la mujer, que de mes a mes no es normal su

regla, así es cuando empieza a fecundarse, no se lleva el control". (Grupo focal, varones. Pamashto)

Hay una concepción muy generalizada en Pamashto afirmativa sobre la responsabilidad central de las mujeres en la decisión *"de tener o no tener hijos"*.

El puesto de salud realiza agresivas campañas para motivar *"la ligadura" en* mujeres campesinas que tienen de 3 a 4 hijos. Al respecto aún hay rechazo y temor a este método. Se relatan algunas experiencias como el caso de María a quien solo le habrían ligado *" una sola trompa porque tenía infección",* confiada tuvo relaciones y quedó *"en estado"*.

"Yo más mandé ligar, dos veces me han ligado. La mayoría de mujeres se cuidan con ampolla, T de cobre". (María, puérpera)

2.4.4. Menopausia

La edad promedio del inicio de la menopausia es de 45 años, tanto para las aguarunas, como para las de Pamashto. Sobre este aspecto una partera mestiza manifiesta:

"No, pero algún tiempo que les haya tenido la regla tengan unos 45 años, a esa edad viene la menopausia; algunos se sangran duro, algunos no se sangra y a las que ya no ven su regla ya están selladas, ellas como señoritas, no les viene la regla nada ya". (Juana, partera. Aguaruna)

2.5. Parteras, sobadores(as) y familiares que atienden partos

En la población aguaruna la atención de las gestantes no la realizan las/os parteros/as. Esta atención está a cargo de familiares del sexo femenino, con experiencia y de cierta edad. Entre esos familiares tenemos a las tías, hermanas, suegras, cuñadas, de las parturientas. En algunos casos durante el parto las mujeres reciben cuidados del esposo. Dado que la mujer aguaruna es muy reservada, desconfiada y vergonzosa, los cuidados que brindan los esposos son elementales, como cortar el ombligo, limpiar al niño, envolver con el pañal, etc.

Por lo general la mujer aguaruna afronta sola el parto. Cuando el niño "*está saliendo*" recién llama al familiar que la cuida, que habitualmente espera con el resto de la familia en otro ambiente.

> "*… yo como sé, yo misma me atendí; primera vez me atendió mi mamá. Mi mamá me daba valor cuando se queja, nos dice: "no quejes mucho, tienes que aguantar, no te pongas así; así no más tienes que agarrarte para que cuando te viene el dolor tienes que agarrarte fuerte para que puedas soportar porque sino el dolor cómo vas a aguantar. A veces el hombre viene y te agarra y te aprieta, cada vez que nos duele tienes que agacharte hasta que le venzas bien*".
>
> "*Después sientes como que te vas al baño, algo que te va a bajar y después avisas que sientes así, los hombres vienen y te agarran de la cintura, te aprietan y cuando el dolor nos calma te sueltan*". *(Erminda, puérpera)*

Don Alcides es "*el sobador*" que tiene más ascendencia y atiende a toda la población de las comunidades nativas de Alto Mayo (Bajo Naranjillo, Alto Naranjillo, Alto Mayo, Achu) quien relata que aprendió el oficio de "*partear*" de sus padres y atendiendo a su pareja:

> "*A mi enseñar mi papá, antes que enseñar mi papá yo ser chiquito, ahí enseñado, yo mayor ya ahí todito he sabido, a mi contratado Alto Naranjillo, a mi contratado pues, ahí aprendido. Este mes he atendido a mi hijo en Alto Naranjillo. Yo atender 6 mujeres atendido, yo conozco todito. Niños mueren señoras también mueren, así venir derechito, ahí viene mujeres para acomodar con la mano bien derechito le acomoda*". *(Alcides, sobador. Aguaruna)*

La atención que presta es a domicilio y también en su propia casa, proporcionando "*atención completa*" que incluye alimentación y hospedaje a toda la familia de la parturienta, sin cobrar por su trabajo.

> "*No atiendo a mestizos, pero si vienen en casa yo atiendo acomodando al niño igual que nativo se atienden. Yo atiendo a mujeres primerizas, viene con sus familia a mi casa y yo atiendo con comida a toda la familia, acá*

vienen mestizas en mi casa paseando yo atender. Yo no cobro nada, matan majás para comer, no cobra pues, mestizo cobran en campamento cobran a nativos. Buscando en comunidad de Alto Naranjillo, Alto Mayo no, Shampuyacu tampoco, yo atiendo comunidad Achu, Bajo Naranjillo, también sector Soritor no". (Alcides, sobador. Aguaruna)

Para las "*curaciones*" emplea diferentes plantas medicinales como el *piripir*i, además de recursos como cantos y el "*chupado*" para eliminar las enfermedades y "*botar el espíritu*" malo del cuerpo de las mujeres.

"Así curando hacer nacer, planta piripiri para curar para machuca hay este otro con truco, como cantando truco nomás, nosotros curamos no agarra enfermedades, yo curo cantando y chupando a las mujeres, a mi contrata cantando así: sna tu, nankita, significa con enfermedad va a morir, viene llorando, no llorando, cantanto ahuyenta o bota el espíritu malo toditito yo cantando. A mujer chupa todo el cuerpo, ahí sale toda la enfermedad". (Alcides, sobador. Aguaruna)

Las señoras Victoria Salas Shupingahua y Elsa Salas Salas son las parteras tradicionales mas reconocidas en Pamashto, ellas han sido capacitadas por el hospital rural de Lamas.

Doña Victoria aprendió acompañando a su madre, primero "*sólo cortaba el cordón*", después atendía partos y posteriormente aprendió a "*sobar*" y "*pulsar*".

"Hace muchos años, señorita, mi mamá fue partera, sí mi mamá me enseñó, yo trozaba ombliguito, mi mamá me dejaba solita. Mi mamá me enseñó a atender parto, tienes que aprender hija, me dijo mi mamá, por eso he asistido ese parto. Desde señorita yo he trozado ombliguito, yendo, yendo, yendo he atendido parto ya, más primero pues he trozado ombligo, después ya he servido. Mi mamá también me enseñó sobar y pulsar". (Victoria, partera)

Doña Elsa primero aprendió a "*sobar*", empezó curando "*lisiados*" (por luxaciones) y posteriormente "*acomodando*" bebés.

"Soy sobadora desde el tiempo que he casado. Yo he aprendido a sobar así el cuerpo, te duele, utilizando el mentol No. 2. Se soba pues, así se aprende

pues, en lisiado se aprende a sobar…Yo he aprendido de lisiado, de lisiado sobando, sobando a todas las mujeres para dar a luz. El tuerto pues se soba". (Elsa, partera).

Los servicios que brindan no son remunerados. Reciben obsequios principalmente productos alimenticios como café, frejol, chancaca, arroz, azúcar.

Doña Victoria manifiesta que pueden presentarse problemas durante el parto en las mujeres que "*no se hicieron sobar*" con anticipación. Considera como tiempo tope para realizar esta práctica, hasta 5 a 6 meses de gestación.

"Dos han venido de culito y dos de piecito, en Shambuyaco grave ha sido, llevado a Lamas, no podía enderezar. No se hizo sobar porque era una vergonzosa esa chica, a vamos a sobar hijita, no decía, no quería, pasaba el tiempo cuando está grande ya no puede, hasta 6 meses, 5 meses recién acomoda, más grande no se endereza porque la cabeza es grande. Tres veces con eso atendido después todos los partos linditos". (Victoria, partera)

En Pamashto las parteras gozan de la confianza de las mujeres gestantes de la comunidad, las que prefieren su atención, antes que la del puesto de salud.

"Se atienden con parteras por las creencias, la costumbre que tiene la mujer de ser atendida desde hace años por la partera, por ejemplo, la mujer siempre está identificada por su entorno social se podría decir no, se identifican más con esa persona porque puede ser su comadre, amiga, parecerse mucho más a ellas por ejemplo, las indígenas, eso les da mayor confianza". (Claudia, puesto salud. Pamashto)

Las parteras han recibido diferentes cursos de capacitación, principalmente en el hospital rural de Lamas. Ambas parteras son analfabetas, tienen un maletín bien equipado, que no es utilizado en la atención de partos. Tienen unas fichas para ser llenadas cuando atienden partos, las que deben enviar al hospital rural de Lamas. Por información de algunas mujeres, una de las innovaciones aplicadas por doña Elsa es el cambio de la posición de "*cuclillas*" por la posición horizontal en la atención del parto. En todo el resto se mantienen las costumbres.

3. ETNOFISIOLOGÍA Y SABER CULTURAL.

ETNIA SHIPIBO - UCAYALI

3.1. Salud y enfermedad

En la comunidad shipiba para prevenir las enfermedades se emplean diversas plantas medicinales, cuya función y preparación se transmite oralmente, de generación en generación.

Se identifican muchas enfermedades, por ejemplo las relacionadas al sistema respiratorio(gripe, "*bronquios*"), a la piel, los "*dolores de cuerpo*" y "*cólera*".

> *"... de enfermedad puede atacar a cualquiera, gripe, cólera, bronquios, chupo, más que todo en la piel, y eso me decía los dolores que empieza con la edad...". (Santiago, médico tradicional. Bahuanisho)*

3.2. Las relaciones entre las mujeres y los hombres

Entre los shipibos existe una práctica antigua, que actualmente tiende a desaparecer, que consiste en la entrega de las niñas a quiénes serán sus maridos.

> *"... sí, pues, antes las abuelas entregaban a las niñas al hombre...". (Grupo focal,. mujeres mayores 30 años. Bahuanisho)*

En cuanto a la división del trabajo están claramente diferenciados los roles tradicionales. En el caso de mujeres solas o en ausencia del marido, la mujer asume todas las tareas.

> *"... y mi esposo me dijo que las mujeres no pueden hacer todas las cosas, sino los hombres tienen que ayudar; el trabajo del hombre es traer agua, leña, plátano y nosotras, como mujeres, somos de la cocina y lavamos la ropa y servimos la comida... cuando no esta el esposo nosotras mismas tenemos que hacer, no hay nadie quien ayude...". (Grupo focal, mujeres mayores de 30 años. Bahuanisho)*

3.3. La mujer sana y el hombre sano

Se considera como *"estar sano"*, tanto en el caso de hombre y mujeres, a *"estar alegres"* y en aptitud para trabajar.

> *"…es fuerte, contenta, porque no tienen dolor, no es triste, tranquila... porque nuestro cuerpo está bien... porque no tenemos enfermedad, nuestro cuerpo está sano… el hombre sano es igual como nosotras: se va a pescar, se va a la chacra a trabajar, se va a traer leña; cuando es sano no sentimos nada,hacemos peso, no podemos estar sentada, tenemos que trabajar... cuando estamos enfermos, ahí estamos triste...". (Amelia , partera. Bahuanisho)*

3.3. Las imagenes de la reproducción

3.3.1. Menstruación

El inicio de la menstruación ocurre entre los 11 y 12 años. Uno de los sentimientos que produce la primera menstruación es el miedo, relacionado con la posibilidad de embarazo.

> *"... porque mi mamá me ha contado que cuando veo mi regla me voy a embarazarme y he llorado de miedo...". (Grupo focal, mujeres mayores de 30 años. Bahuanisho)*

Según estudios del CIPA (1993) en las comunidades más alejadas de los centros poblados mestizos, existe una coincidencia entre el inicio de las relaciones sexuales, la primera menstruación y la primera gestación, en un alto porcentaje de mujeres adolescentes.

Según las shipibas la menstruación debe ser "*regula*r" en cuanto a periodicidad, duración y cantidad de flujo. Se debe controlar el dolor menstrual, el flujo abundante y el frío, condiciones que deben ser eliminadas para estar sanas. Para este fin utilizan algunos vegetales como la *hoja de algodón*, el *paicco*; y evitarán las exposiciones al frío :

> *"... yo tomo hoja de algodón; me da tres días no más... con tres hojitas y medio litro de agua y le hago hervir, después cuando nos pasa la regla se toma cinco días para regularizar bien la regla... cuando vemos bastante*

nuestra regla tomamos paico con sal... se le cocina... tomamos paico cuando nos viene bastante regla para que le corte... sí, nosotros no dietamos, lavamos, nos vamos a la chacra, nos bañamos con agua tibia, pero a veces siento malestar que me duele en la vejiga y no puedo bañar con agua fría si no, nos duele la cabeza, por eso nos lavamos con agua tibia...". (Rosa, partera. Bahuanisho)

3.3.2. La fecundación

Se identifica "*que ocurre*" durante las relaciones sexuales. Tanto varones como mujeres señalan que "*los días peligrosos*" son los 8 días posteriores a la menstruación.

> *"... después que le pasa la regla, o sea después de los ocho días, si se hace cuando esta en peligro ahí si se embaraza...". (Grupo focal, varones. Bahuanisho)*

> *"... no, las enfermeras dicen no a los ocho días después se puede quedar encinta cuando hace relación... hasta los quince días...". (Grupo focal, mujeres mayores de 30 años. Bahuanisho)*

3.3. 3. Prácticas anticonceptivas

Los cuidados para evitar el embarazo son asumidos principalmente por las mujeres. Es notorio la dificultad de los varones para entender el deseo de las mujeres de evitar o espaciar las gestaciones. Algunos esposos a veces usan la violencia o dudan de la fidelidad de las mujeres.

La anticoncepción se practica a través del uso de plantas medicinales, cuyo conocimiento es transmitido de madres a hijas. También se utilizan los métodos que proponen el MINSA y las ONG.

> *"... tenemos que cuidarnos porque nuestra mamá nos enseña, nos cuidamos con nuestras plantas medicinales, pero cuando tenemos nuestros esposos no podemos cuidarnos y nos podemos embarazarnos... porque hay hombres que no nos hacen caso, se molesta el hombre cuando quiere tener relaciones sexual, y cuando no le aceptamos nos dice tú estas con el otro, (se ríe), eso nunca pasa, porque nuestros esposos dicen que están con el otro, esas cosas*

todos pasamos, y como no estamos con el otro entonces tenemos que aceptar...". (Amelia, partera. Bahuanisho)

"... no hacer relaciones sexuales; se tiene que cuidarse, yo no he sabido cuidarme y por eso tengo bastantes hijos, antes no nos daban charlas, ahora las mujeres ya saben como cuidarse... a veces nosotras no sabemos la fecha que nos da nuestra regla, hacemos relación sexual y nos quedamos embarazada, ahora ya sabemos como contar la fecha...". (Grupo focal, mujeres mayores de 30 años. Bahuanisho)

3.3. 4. Menopausia

En esta etapa las mujeres manifiestan que su vida cambia, dejan de menstruar, les duele el cuerpo, se les presenta dolores de cabeza y dejan de tener relaciones sexuales. Toman plantas medicinales "para curar el cuerpo".

"... ya no se hace relaciones sexuales, ya no se duerme con el marido, el hombre también ya no puede, además cuando somos de edad ya no queremos nada, cuando éramos señorita si teníamos relaciones... les marea la cabeza, no es una mujer sana, dolor de cuerpo, dolor de cabeza... hay algunas mujeres que toman plantas medicinales, yo he tomado uña de gato cuando he tenido 40 años para curarme mi cuerpo total, me ha dejado mi regla y eso es bueno...". (Grupo focal, mujeres mayores de 30 años. Bahuanisho)

3.4. Parteras, sobadoras y familiares.

Las parteras son mujeres mayores, por lo general analfabetas, que aprendieron a atender partos asistiendo a otras mujeres a dar a luz. Los familiares también ayudan cuando no hay parteras.

"... mi prima y la mujer estaba con el dolor y yo me fui atender... yo tenía que sobar... cuando me he ido, estaba con el dolor pasado ocho horas... y la otra señora también ha tocado y estaba en una bolsa y yo tenía que romper y tenía que sacar y recién le he visto su cabeza y se secaba el agua, que bajaba y me preocupaba bastante... adentro tenemos agua y yo tenía

que tocar sus partes... yo tenía miedo, mi prima me dijo no tengas miedo y me llamó: ven a tocar, y su pelito no aparecía yo solita le he sacado el niño, hay algunos niños que están dentro de una bolsa y otra mujer le empujaba su barriga para que naciera el niño y yo tenía que ayudar de adentro mismo, de ahí aprendí el parto ahora.....". (Amelia, partera. Bahuanisho)

En la comunidad de Bahuanisho existe cierta rivalidad entre las parteras. Esta situación estaría relacionada a la modalidad de selección para asistir a los cursos de capacitación, que privilegia a las parteras alfabetas.

"... cuando yo no he estado aquí ahí le llevaron.... aquí es una partera, pero yo le veo que no sabe, ella se cree... yo le veo normal cuando están con el dolor, por eso, porque ella es así, yo no puedo estar junto con ella, atender... cuando he venido de Alto Ucayali pensaba trabajar con ella juntos, pero ella no piensa así, porque ella habla de mí, no puedo acercarme..."

"... yo tengo que tocar, si cuando en tres minutos a pesar que no baja, entonces es bolsita, cuando le abre la bolsita, recién nace el bebé, de ahí nace, a veces no abre el hueso de nuestra vulva y ahí se aguanta, yo no leo en el libro... primer año de primaria, por eso no sé leer, porque mi mamá me ha entregado a un hombre a pesar que yo era niña, por eso la otra partera dice que yo no sé nada, yo he hecho la práctica...". (Amelia, partera. Bahuanisho)

Existen marcadas diferencias entre las capacidades de la partera y las de los familiares que atienden partos. Las mujeres y las parteras consideran que el primer parto es peligroso y debe ser atendido por la partera; el segundo puede ser atendido por el familiar porque *"la mujer ya sabe"* y puede dirigir su parto.

El pago que recibe la partera es dejado a la iniciativa de la mujer atendida. Se dice que es *"su voluntad"*; por lo general se recompensa el servicio con productos utilitarios o alimentos de la zona; la partera no pone precio a su trabajo.

"... una mujer me ha pagado, me ha dado su voluntad, no me ha dado plata, sino una bandeja y yo no lo he pedido plata, y de ahí a mí me han buscado

una señora, diciendo mi hija está con dolor, pueden ir a ayudarme y así me ha llevado y yo me he ido...". (Amelia , partera. Bahuanisho)

4. ETNOFISIOLOGÍA Y SABER CULTURAL.

MESTIZOS AMAZÓNICOS - UCAYALI

4.1. Salud y enfermedad

La salud es conceptualizada como ausencia de enfermedad o de "*dolencias*" que impiden la dedicación a las actividades cotidianas. La salud también se relaciona también con el estado anímico, con los sentimientos y emociones .

4.2. La mujer y el varón sanos

Según la percepción de la población mestiza entrevistada, "*la mujer sana*" es aquella que "*trabaja, es alegre y no padece de dolencias*", no siente fatiga ni cansancio; está en condiciones de realizar las actividades de casa, como las labores agrícolas.

> *"... bueno, una mujer sana realiza cualquier actividad, lo que ella pueda hacer,cocina, lava, en el cultivo, en la siembra, en eso cuando una mujer está sana...". (Silverio, familiar que atiende partos. Tacshitea)*

Las propias mujeres mencionan que la mujer sana es aquella "*que tiene un solo marido*". Una mujer con más de un marido es considerada "*enferma*". Esta situación en los varones no tiene la misma connotación.

> *"... cuando tienes una sola pareja, eres una mujer sana, pero si es una mujer que tiene más de una pareja es una mujer enferma, porque quiere a varios y no es una mujer sana". (Grupo focal, mujeres mayores de 30 años. Tacshitea)*

Sobre el varón sano, refieren que "*son hombres que trabajan*", sonríen, son alegres, realizan todo tipo de actividad.

"... bueno, un hombre sano tiene su forma también de trabajar cuando está sano, de caminar tranquilo, tiene sonrisa tranquilo, eso es un hombre cuando está sano, puede realizar cualquier actividad, bueno más o menos la pesca, por ejemplo yo ahorita estoy trabajando en la madera, a veces me meto a trabajar en la carne, la agricultura, todo eso...". (Silverio, familiar que atiende partos. Tacshitea)

Una preocupación que emerge en los grupos focales con varones y mujeres mayores es "*el contagio*" por enfermedades de transmisión sexual, ocasionadas por "*infidelidad de los hombres*". Estas enfermedades aquejan a las mujeres con descensos vaginales y otros síntomas. Al respecto los hombre reconocen el papel que juegan en el contagio.

"... realmente hay cosas que tenemos que por parte de estas infecciones que están trayendo esto. A veces tenemos en nuestras partes y eso nosotros nos debemos de cuidar, porque ahora vienen señoritas trayendo realmente para prevenirnos de cuantos peligros que podamos atravesar a nuestras esposas, hijos y por cuantas cosas que puedan acontecer en nuestro aspecto...". (Grupo focal, varones. Tacshitea)

En cuanto a los cuidados para mantener y/o restablecer la salud se mencionan recursos tradicionales como *"las purgas"*, y el uso de medicamentos del puesto de salud como "*los tónicos*". También mencionan acudir a los establecimientos de salud para "*ser examinados por un médico*" y someterse al examen de Papanicolau.

"... alimentarnos, tonificarnos tomando los tónicos de la posta, caldo de pollo, ir a la posta examinarse, de lo que se siente, por ejemplo, de un dolor en el vientre, pastillas ponerse ampollas, también...". (Lucila, partera tradicional. Tacshitea)

"... bueno, para controlarse de... porque a veces las mujeres que les corrige algo amarillesco, les corrige en dos clases amarillesco y así en forma de sangre a veces; entonces para saber eso a veces uno se le lleva al P.S., porque a mi señora en tres oportunidades le están haciendo el Papanicolau, eso le están haciendo a mi señora...". (Silverio, familiar que atiende partos. Tacshitea)

4.3. Los hombres y las mujeres de la comunidad

Los roles

En la comunidad de Tacshitea, se asigna al varón la responsabilidad de proveer los recursos necesarios para el sustento de los hijos.

La mujer participa con el esposo en las labores agrícolas (cosecha de maní, frijol chiclayo y otros) pero su principal rol está en la casa a cargo del cuidado de los hijos.

> *"... y como también algunos van a la chacra a traer yuca, plátano, choclo, como también algunos van a sus trabajo, algunos son madereros, pescadores, algunos van a la cosecha de arroz y cada cual tiene su propósito; y a partir de la tarde ya nuevamente están reunidos en sus hogares todos, muchas veces queda solamente la mujer en el hogar, muchas veces queda la mujer al cuidado de los hijos...". (Grupo focal, varones. Tacshitea)*

Las mujeres de Tacshitea participan o son miembros de las organizaciones de base como los clubes de madres y el vaso de leche, y a veces de ambas organizaciones.

Las relaciones

En cuanto a las relaciones entre hombres y mujeres, se resalta la necesidad de la comprensión en la pareja, porque de no ser así no existiría "*confianza*".

> *"... más que todo nos comprendemos ambos, porque si yo no le trataría así a mi esposa, ella no me tendría confianza, más que todo eso, por eso yo con mi esposa estoy viviendo quince años...". (Silverio, familiar que atiende partos. Tacshitea)*

Un problema manifestado por algunas entrevistadas, es el embarazo no deseado y la existencia de madres solteras. Se trata de situaciones frecuentes de negativas consecuencias para las mujeres.

4.4. Las imágenes de la reproducción.

4.4.1. Menstruación

Todas las informantes manifestaron haber tenido la primera menstruación entre los once y los quince años de edad. Se referencia la primera menstruación, como un momento vivido con temor y al que se llega sin información, muchas veces por ser considerado por las madres "*un tema de gente mayor*".

> *"... a mí, no me han dicho nada, yo no sabía nada de la regla, porque mi mamá no quería que sepa nada, no quería que estemos en charla de mayores, nos mandaba lejos...". (Grupo focal, mujeres mayores. Tacshitea)*

Señalan que las madres deberían brindar algún tipo de información acerca de la periodicidad y la "*naturalidad*" de este proceso.

> *"... la primera vez se siente miedo, no se sabe, luego mi mamá me ha hecho entrar en razón de cómo nos da la regla, me dijo que me va a dar mensual y que no nos debemos asustar...". (Grupo focal, mujeres mayores. Tacshitea)*

La menstruación se considera uno de los mecanismos fisiológicos a través de los cuales el organismo de la mujer mantiene su estado de salud. Sirve para "*eliminar la sangre mala*", "*que no sirve*", "*corrigiendo*" y dejando en el cuerpo solamente la sangre "*buena*".

> *"... la sangre mala se bota y la sangre buena se queda en nuestro cuerpo, nosotras botamos sangre negra, hasta que se quede sangre clarito...". (Grupo focal, mujeres menores. Tacshitea)*

La importancia de la menstruación determina que los días de menstruación sean "*días especiales*", en los que la mujer debe observar una serie de cuidados y prohibiciones. El frío es causa de dolores en el vientre y dolor de cabeza; en ocasiones puede interrumpir el flujo menstrual, causar hemorragias e infecciones. Para evitar que el frío ingrese al organismo *("al vientre")* deben evitarse los alimentos demasiado asados así como el contacto prolongado con el agua; se recomienda la higiene personal con agua tibia.

"... tiene que tener cuidado, más que todo del resfrío, porque el frío pudiera subirse, porque está, pues, está corrigiendo y para eso la mujer tiene que tener cuidado y hacerse lavados con agua caliente... Más que todo lo que les entra es el frío, y una vez penetrado el frío al vientre de la mujer... sufren molestias en la vejiga, son unos dolores como si les va a dar la regla, pero es por el resfrío y eso proviene cuando la mujer está con la regla... deben de no tratar de comer demasiado asado, cuando a veces la mujer está con la regla y come asado, demasiado en exceso, o sea que se suspende la regla...". (Silverio, familiar que atiende partos. Tacshitea)

Otro cuidado que las mujeres deben observar es respecto a bañarse en el rio. Ciertos animales como el bufeo (delfín del río), la boa o la raya, "*al oler la sangre de las mujeres pueden embrujarla*". Esto es conocido como "*la cutipada*" y es frecuente su referencia en las poblaciones ribereñas. Algunos mencionan que se deben evitar las relaciones sexuales, no por el riesgo de embarazo, sino por considerar que en esos días la mujer está enferma, está "*corrigiendo la sangre mala*" que podría ser dañina para el hombre.

Para evitar las molestias ocasionadas por la menstruación, sobretodo "*si ha entrado frío en el cuerpo de la mujer*", las mujeres recurren a infusiones con hierbas de la localidad como el *té de hoja de algodón* que tiene la propiedad de aliviar el dolor menstrual.

"... yo sentía que me duele la barriga, yo pensaba que era cólico y ella me daba de tomar hojita de algodón... luego me sobaba mi barriga con esas hojitas calientitos, y me decía mucho de lo que te bañas te viene el dolor de vejiga y yo no sabia pues señorita...". (Grupo focal, mujeres mayores. Tacshitea)

4.4.2. Fertilidad y concepción

El inicio de las relaciones sexuales es precoz, entre los once y catorce años de edad. Se atribuye a este hecho el que las mujeres de esta edad "*buscan pareja*".

"... por que les da comezón (risas), por que ya quieren tener marido, por eso se tiene hijos...". (Grupo focal, mujeres mayores. Tacshitea)

Generalmente el inicio de las relaciones sexuales coincide con un embarazo, por la falta de información de métodos de planificación familiar.

> *"... aquí, los jóvenes a la edad de quince años, ya tienen hijos, por que son padres adolescentes, no saben lo que hacen y tienen hijos... porque no tienen consejos de sus padres y además algunos sacan igual al padre; como se dice, de tal palo, tal astilla y así suceden estos casos, a base de ignorantes, por falta de conocimiento de capacitación". (Grupo focal, varones. Tacshitea)*

Se considera que una mujer esta en edad de procrear desde que menstrua, en el caso del varón debe haberse producido "*el desarrollo*" sexual.

> *"... en el hombre desde el momento que tiene sus aparatos en función...". (Grupo focal, varones. Tacshitea)*

Según los informantes, el varón aporta para la fecundación unos "*microbios*" y las mujeres aportan el óvulo.

> *"... bueno, es el semen del hombre que va a la mujer; eso es lo que el hombre aporta para hallar embarazada a la mujer"... (Silverio, familiar que atiende partos. Tacshitea)*

Con respecto al lugar donde se produce la fecundación, la mayoría de los informantes manifestaron que se producía *"en el ovario, en el vientre".*

Gran parte de los informantes mencionan que el período fértil de la mujer está desde los tres días que han dejado de menstruar, hasta ocho días antes de la próxima menstruación. En este lapso si hay contacto sexual, la mujer está en riesgo de quedar embarazada.

> *"... la mujer que quiere salir embarazada, suponiendo que le haya dejado su regla tres días, y hace relaciones sexuales con su esposo ella queda embarazada... desde ese momento hace relaciones con ese hombre, ya queda embarazada porque el útero está abierto; una vez que hace relaciones se cierra". (Silverio, familiar que atiende partos. Tacshitea)*

Las mujeres de Tacshitea tienen claridad respecto a que durante la menstruación las relaciones sexuales no tienen riesgo de producir embarazos.

"... yo he hecho una vez para probar, porque me decían: si estás con tu regla y haces tus relaciones sexuales te vas a embarazar me decían, entonces yo he hecho la prueba y no me he embarazado, porque me está corrigiendo y está saliendo todo lo malo...". (Grupo focal, mujeres mayores. Tacshitea)

4.4.3. Prácticas anticonceptivas

La población entrevistada manifiesta que pese a no acudir a los establecimientos de salud para el control prenatal o para la atención de los partos, si usan los servicios de planificación familiar. Las mujeres que han dado a luz acuden después de uno a tres meses o cuando su menstruación se restablece.

Algunas mujeres manifestaron que los esposos no permiten que ellas tomen la decisión de planificar, ya sea por las posibles complicaciones de algún método o por que simplemente ellos no quieren.

"... yo he ido a apuntarme para planificación familiar y le he preguntado a la señorita qué es bueno para tomar o ponerse y me dijo qué quieres y yo le dije: pastillas y me dijo que no porque se seca la leche. Entonces me dijo, te pongo mejor te de cobre y mi esposo no ha querido... Por que mi cuñada está con ese problema que se le ha encarnecido la T de cobre"... (Maryorie, atendida por profesional. Tacshitea)

"... En el puesto de salud, me dijeron que tenía que cuidarme con ligadura, pero todo me han hecho ver una doctora de Pucallpa. Ha llegado ese día y allí he entrado a planificación, yo me he planificado, por que mi esposo no quería, pero como el no va a aguantar, !no! hay que planificar". (Zelmira, atendida por partera)

Una de las parteras mencionó que sólo las mujeres shipibas usan plantas para evitar los embarazos; las mujeres mestizas mayores manifestaron que algunas de ellas recurrían a la corteza de plantas como el *hubus* o el *cedro*, pero no abundaron en explicaciones respecto a esta práctica.

4.4.4. Menopausia

El cese de la menstruación sucede entre las mujeres de Tacshitea a una edad temprana, alrededor de los 40 años. La edad del inicio de la menstruación

determina la edad del cese, cuanto más temprano comienza la menstruación, más temprano desaparecerá.

> *"... cuarenta años; pero hay algunas que les deja a los 26 y 39 años, son las que ven su regla a la edad de 11 y 12 años...". (Grupo focal, mujeres mayores)*

Manifiestan que durante la menopausia sienten malestares, dolor de cabeza y muchos recurren a consultas médicas por estos problemas y además se presentan cambios en su temperamento. Entre las mestizas está difundido el uso de *"hormonas"* en esta etapa de la vida; refieren un uso irregular por los costos. En cuanto a la vida sexual, ésta se deteriora porque la mujer *"ya no desea"*, se ve un poca disminuida porque ya no es la misma mujer de antes y el esposo tampoco.

> *"... ya no, porque el cuerpo no nos exige, ya no se tiene ganas, ni tú pareja tampoco porque el también se está haciendo de edad, el tiempo cambia...". (Grupo focal, mujeres mayores. Tacshitea)*

4.5. Las parteras

En Tacshitea se entrevistó a dos parteras capacitadas por el Ministerio de Salud y a un esposo (no capacitado) que atendía los partos de su señora. La partera de mayor edad, es analfabeta; la otra partera y el familiar tienen instrucción primaria. Las dos parteras son antiguas en el oficio, una de ellas atiende desde hace cuarenticinco años.

Se aprecia que la población atribuye cierta importancia a la capacitación, es un medio a través del cual se adquiere el reconocimiento necesario para ejercer el oficio. Por esta razón la partera capacitada manifestó que sólo tenía cuatro años de experiencia, pese a que atienden partos desde años antes de la capacitación. Sin embargo, la partera más antigua tiene mayor reconocimiento, es la más buscada y la que más respeta la población.

En cuanto al aprendizaje, mencionaron que aprendieron de sus familiares (madre, abuela, suegra) y otras parteras. La transmisión de estos conocimientos es oral,de generación en generación.

"... mi abuela ha sido una buena partera ... y de otra señora partera también, que ha sido mi suegra ella también me enseñaba, y después colegas hay bastante que me enseñaban, don Marcos Murrieta, me decía colega así... él también es partero...". (Aurelia, partera. Tacshitea)

Entre las motivaciones de las parteras para ejercer este oficio, destaca la vocación de servicio a la comunidad y el hecho de que se sienten necesarias y buscadas por las mujeres que confían en su capacidad para resolver cualquier eventualidad o emergencia que pudiera presentarse durante el trabajo de parto.

"... porque me buscan, pues... me vienen a decir "señora", ve, vienen a decir... yo le digo: yo ya no quiero, yo soy viejita... !no!, me dicen, nosotros vamos a llevarte agarrándote, te vamos agarrar... porque a veces no hay las parteras... me conocen, toditos estos de aquí me conocen... ya no quiero señorita, ya soy... en caso de emergencia, de falta, puedo atender, puedo ayudarles.... puedo ayudarles en caso de emergencia que no pueden a veces...". (Aurelia, partera. Tacshitea)

Otra cualidad necesaria para el ejercicio de la partería es "*la curiosidad*", que permite conocer una serie de recursos y desarrollar habilidades.

Las mujeres atendidas por parteras manifestaron que estas no cobran por sus servicios, corroborado por las propias parteras quienes afirmaron que no pedían retribución a cambio de sus oficios, y aceptaban lo que las mujeres podrían brindarles.

"... porque no hay quienes les atienda y como uno sabe un poquito más y vienen las personas que me necesitan, me llaman y me voy y les atiendo... me gusta favorecer a la vecina... no cobro señorita, sólo una, mi comadre, me había regalado un barra de jabón...". (Lucila, partera. Tacshitea)

La partera capacitada manifestó recurrir a los servicios de salud cuando el proceso de parto se complica, ella tiene muy presente las limitaciones de su oficio.

"... nosotros sabemos si hay una cosa imposible de resolver, nosotros mismos le llevamos a la posta y el esposo me acompaña...". (Lucila partera. Tacshitea)

En relación a los familiares que atienden partos, ellos se inician a veces motivados por una necesidad de atención, para preservar la vida de la madre y el niño.

5. LOS PROCESOS REPRODUCTIVOS EN RELACIÓN AL PARTO

En las etnias amazónicas e incluso en la población mestiza, existen características comunes de la visión cultural sobre el proceso reproductivo. Trataremos de resumir sus principales aspectos.

5.1. La gestación

El comienzo de la gestación - la fecundación - es atribuida a la relación sexual, a la introducción del semen en el cuerpo de la mujer. En relación a la época del ciclo en que se puede quedar en estado, las aguarunas indican los días de la menstruación; las shipibas y las mestizas los días intermedios del ciclo.

La gestación es reconocida por la ausencia de la menstruación, los malestares, las nauseas. Generalmente la mujer continua con sus labores cotidianas, aunque se cuida de esfuerzos excesivos y de levantar pesos (para evitar que el bebé salga del eje vertical y provoque dolores a la madre). Las mujeres refieren que los antojos no satisfechos, pueden llevar a la pérdida del bebe (aborto).

Asimismo la gestante se cuidará del frío y del exceso de calor (alimentos, bebidas, baños y remedios caseros); el frío puede producir malestares y el calor inflamaciones. La gestación es por excelencia la época durante la cual la mujer se cuida para tener un buen parto.

Un lugar especial en los cuidados de la gestante es el masaje prenatal, este consiste en una serie de movimientos que la partera y la "*sobadora*" realizan con las manos a los costados del abdomen. A veces se usa "*sustancias cálidas*" (grasa de animales entre las lamistas), para eliminar el frío.

El control prenatal institucional es utilizado esporádicamente por las mujeres de las comunidades del estudio. Acuden a los servicios de salud para confirmar el embarazo frente a la ausencia de la menstruación; más adelante para confirmar si el parto ocurrirá de manera normal y conocer la fecha probable del mismo.

Durante la gestación las lamistas además señalan que acuden al establecimiento de salud para la vacunación antitetánica y motivadas por recibir vitaminas. Las aguarunas y las lamistas acuden frente a "*un sangrado*" no resuelto en el espacio doméstico y comunitario. Las mestizas acuden al establecimiento frente a un prolapso ("*quebradura*").

5.2. El ambiente y la persona que atiende

En las comunidades estudiadas, el parto se desarrolla en la vivienda de la parturienta. En todos los casos se acondiciona un espacio que garantice abrigo (ausencia de corrientes de aire, luz baja) y privacidad (posibilidad de concentrarse y no ser vista) para la mujer que dará a luz y la partera que la atenderá

Los aguarunas preparan el espacio donde ocurrirá el nacimiento colocando un palo de caña en la esquina de la casa cerca del fuego, debajo arman con hojas de palmera un colchón donde la mujer se arrodillará para dar a luz. Las mujeres lamistas de Pamashto colocan un "*chumbe*" (pretina tejida al telar) en el lugar del parto. En ambos casos la caña y la pretina ayudarán a la mujer para mantenerse en las posiciones verticales durante el expulsivo y concentrar su fuerza en la pelvis. Las shipibas y las mestizas limpian y acondicionan el lugar del parto, preocupándose por tener luz baja y contar con un mosquitero.

Generalmente están presentes en el parto familiares, como la madre o la suegra. Atienden el parto las parteras (a veces la misma suegra es partera), raramente los esposos atienden al parto. En el caso de las mujeres multíparas es frecuente la auto atención.

Las aguarunas a diferencia de las otras comunidades estudiadas, dan a luz acompañadas por una mujer mayor con experiencia para que "*cuide el parto*". La parturienta aguaruna durante el parto recibe de esta mujer consejos y aliento, sin intervenir "*físicamente*" en ningún momento. De presentarse problemas, se busca una partera foránea a la comunidad y al sobador. En el estudio encontramos el caso de una joven primeriza, donde la técnica del puesto de salud participó con las otras personas mencionadas.

En todas las comunidades la relación entre la mujer y la partera/mujer que cuida es de respeto y confianza. Se la respeta por ser "*la que sabe*", es decir conoce la situación que se esta viviendo.

5.3. El parto

Las mujeres reconocen el tipo de dolor que anuncia el parto; avisan a los familiares y a la partera. El momento en el cual solicitarán ayuda varía según el deseo de la parturienta y probablemente de la percepción acerca de la intensidad del dolor y de la inminencia del parto. La parturienta continúa con las labores domésticas, adelantando según sus posibilidades las labores de los futuros días, sabiendo que deberá descansar.

Cuando llega la partera, esta revisa la posición en la que se encuentra el bebé. De estar el bebé en posición vertical y cefálica, se espera el desarrollo del proceso.

Para facilitar el parto se toman mates de *"hierbas cálidas": hoja de algodón*, *sachamarccos*, *piri piri* en Ucayali y *semilla de culantro*, *orégano*, *jengibre* en San Martín. Las plantas utilizadas sirven *"para calentar el cuerpo de la mujer"* y favorecer las contracciones, previniendo que el frío *"detenga el parto"*.

El avance del parto es observado por la persona que atiende/acompaña. Se presta atención a que el dolor de parto aumente en intensidad y frecuencia, y que el nacimiento ocurra en un tiempo prudente *("ni demasiado rápido, ni demasiado lento")*. Se observan cambios en el rostro de la parturienta, *"la coronilla se calienta"* y el pulso se torna mas rápido. Solo en Santa Isabel de Bahuanisho se observó una modalidad de tacto vaginal realizado por la partera con el dedo índice, para verificar la altura de la cabeza del bebé.

Las posiciones adoptadas por la parturienta son variadas y se trata que la parturienta camine entre las contracciones. Las lamistas y las aguarunas se "*cuelgan*" durante las contracciones.

El expulsivo es reconocido por las mujeres por las característica sensación de pujo, los deseos de orinar y defecar, que se experimentan justo antes del nacimiento. Es el momento de mayor dolor y de mayor tensión. La mujer y la partera deben saber actuar en este momento para evitar cualquier complicación. Se necesita fuerza, valor y estar con las piernas abiertas para favorecer la expulsión del bebé. En las cuatro comunidades la parturienta cuida su intimidad y se protege del frío, cubriendo los genitales con una sábana o frazada .

El alumbramiento ocurre casi siempre en forma inmediata después del nacimiento del bebe. Se espera que haya una nueva contracción y la salida de la placenta. De ser necesario el proceso es favorecido con el uso de recursos tradicionales: masajes en el vientre (con el "*unto*" o grasa animal), soplar una botella, provocar arcadas.

La placenta expulsada será eliminada enterrándola en un hoyo en el lugar del parto (aguarunas) o en un lugar lejano (mestizas, lamistas); o se arrojará al río (shipibas). Los responsables de la disposición de la placenta son los familiares o la partera.

Mientras se espera el alumbramiento el recién nacido es dejado a un lado, en ocasiones se le abriga. La atención está centrada básicamente en la mujer.

Al salir la placenta, se procede a la sección del cordón (previamente amarrado), utilizando diversos objetos. Las aguarunas proceden al corte con un carrizo afilado; en las otras comunidades las parteras no capacitadas usan objetos tradicionales (cuchillos, cañas), mientras que las capacitadas emplean tijeras hervidas y hojas de afeitar. El tamaño del muñón varía según las comunidades y el sexo del recién nacido, respondiendo a una preocupación estética y a garantizar *"un adecuado tamaño"* de los genitales. El muñón es curado de diferentes formas: con la *cascara del plátano quemada*, aseptil rojo, yodo. Se envuelve con un "*trapito*" o con algodón y se espera que "*seque y caiga*".

5.4. El puerperio

La puérpera debe descansar luego del aseo personal (baño con agua caliente y aseo de la vulva). El puerperio considera descanso absoluto durante los primeros 8 a 10 días; no levantar pesos (para los aguarunas *"se rompen los canales de la sangre"*); permanecer en un ambiente abrigado (las lamistas amarran la cabeza para que no *"ingrese el aire y el frío"*); evitar el frío, el calor, las relaciones sexuales. Los lavados de los genitales son diarios y con plantas y raíces que ayudan a quitar la inflamación y eventualmente a cicatrizar desgarros de la vulva.

La alimentación durante este tiempo debe ser lo mejor posible, especialmente se evitará consumir alimentos irritantes y demasiado fríos.

Las principales preocupaciones son: la recuperación de la madre y la prevención de complicaciones como *"el sobreparto"*.

5.5. Los cuidados del recién nacido

El recién nacido es limpiado con telas de algodón, se tiene especial cuidado de los ojos, la nariz y la boca; luego es abrigado y colocado cerca de la madre. El inicio de la lactancia materna, es condicional al llanto del bebé, aunque no siempre existe la disposición de darle el calostro.

5.6. Los problemas reconocidos

Los problemas identificados son los siguientes:

a) **Sangrado/aborto.** Ocasionados por caídas y por antojos no satisfechos.
b) **Mala posición**. Se refieren a posiciones no cefálicas. Se atribuye que éstas durante la gestación producen *"malestares por presión"* en partes del cuerpo de la madre y causarán *"preocupación"* porque significaría *"un parto complicado"*. En los grupos estudiados es importante diferenciar entre la presentación "de pie" y la "posición transversa". La primera se considera que puede atenderse en casa, a pesar de ser un parto de riesgo y muy doloroso. Mientras que la posición transversa es una indicación definitiva para buscar ayuda profesional al parto, o significarán la muerte de la mujer y el bebé.
c) **Parto seco**. Se produce cuando el liquido amniótico se pierde al comienzo del trabajo de parto. En este caso se dice que es *"un parto que viene con sangre"*, asimismo presenta *"mucho dolor"* es de avance lento. En San Martín se ayuda al proceso utilizando la *malva* estrujada *"para lubricar"*.
d) **Parto obstaculizado/detenido.** Esta situación se produce cuando el parto *"no avanza"* y *"los dolores se detienen"*. Esto sucede cuando la parturienta ha estado expuesta al frío, está débil, agotada, o ha sentido vergüenza o temor. También se obstaculiza el parto - especialmente durante el expulsivo- cuando la madre tiene la pelvis estrecha, por existir posición transversa, por presentar circular de cordón o por enclavamiento de los hombros. Para solucionar estos problemas se tratará de controlar las situaciones que los ocasionan. El frío es contrarrestado con mates calientes, abrigo de la mujer y del ambiente donde se atiende el parto. La vergüenza y el temor son controlados evitando que la mujer enseñe los genitales, que existan personas extrañas en el parto o situaciones que los generen . Se evitará la debilidad y el agotamiento de la parturienta favoreciendo el parto, evitando que la duración sea excesiva y con excesivo dolor. Se usa una pretina a la altura del estómago en la comunidad lamista, para favorecer *"la bajada del bebé"*.
e) **Asfixia del recién nacido.** Este problema se presenta sobre todo si el expulsivo ha sido largo o existe circular de cordón. Se procede a reanimar la criatura con palmadas, fricciones en el cuerpo y soplar en la nariz.
f) **Placenta retenida.** Las mujeres y las parteras hablan de la placenta retenida, cuando existen dificultades para la expulsión de la placenta o si

ésta no sale. La causa se atribuye al frío, que puede "*entrar en el cuerpo*" de la mujer durante todo el proceso del parto o a través del cordón esperando el alumbramiento. Si la placenta se enfría se "*hincha*" y no podrá ser expulsada. Para evitar o corregir esta situación, se proporcionan mates calientes a la mujer, se "*abriga el cordón*", y se ajusta mas la pretina.

g) **Hemorragias.** Se espera que durante y después del parto la mujer no pierda mucha sangre. Si esto ocurre, se toman remedios como el *jengibre* (aguaruna) y el *chuchuhuasi* (lamistas).

h) **Tétanos neonatal.** Es una enfermedad considerada inexistente. Se atribuye al frío que "*se introduce en el muñón*" del recién nacido.

i) **Sobreparto.** Se presenta con un conjunto de síntomas: entuertos (fuertes dolores en el vientre), fiebre, dolor de cabeza. El sobreparto puede "*llevar a la muerte*" a las mujeres. Se debe básicamente al frío que ingresa en el cuerpo de la mujer y que impide "*la expulsión de la sangre*" del útero.

En todos estos problemas - salvo los casos de asfixia del recién nacido - la mujer debe ser llevada a un servicio de salud (luego de haber intentado solucionar el problema en la casa o en el espacio comunitario con parteras y/o curanderos), siempre y cuando existan las condiciones para hacerlo. La percepción oportuna de severidad del problema, el acuerdo de los familiares más próximos, la existencia de dinero y de medios de transporte son los factores claves en esta situación de crisis. Estos no siempre son solucionados favorablemente para la mujeres, retrasando las posibilidades de una atención oportuna en los servicios de salud.

6. INTERRELACIÓN DE LAS MUJERES Y EL PERSONAL DE SALUD

El tema de las barreras para el acceso a los servicios ha sido abordado desde la perspectiva de las mujeres y del personal de salud que brinda el servicio.

6.1. La perspectiva de las mujeres

En la perspectiva de las mujeres la asistencia a los servicios de salud para el control prenatal es algo esporádico. La razón fundamental es que las mujeres

no encuentran motivaciones suficientes para asistir regularmente al control. La valoración de riesgos y problemas durante la gestación no son los mismos para la biomedicina que para las mujeres de la comunidades estudiadas.

La prevención de riesgos apreciados desde la perspectiva tradicional se realiza cotidianamente en el espacio doméstico y comunitario. Con esa misma perspectiva se organiza y se recibe la atención y/o cuidados.

En cuanto al parto, la resistencia de las mujeres para atenderse en los servicios de salud surge en muchos casos por temor a la posición litotómica, tanto por lo difícil que resulta a estas mujeres imaginar dar a luz en esta posición, como por la extraña fisiología que esta supone si se la compara con las posiciones tradicionales habituales, así como también por que la parturienta se siente obligada a mostrar los genitales, "*exponiéndose al frío y a la vergüenza*".

Existe un manifiesto temor al "*corte*" (episiotomía y cesárea); disconformidad con el "*trato*" que reciben, parte del cual es la notoria diferencia de idiomas entre la población y el personal de salud.

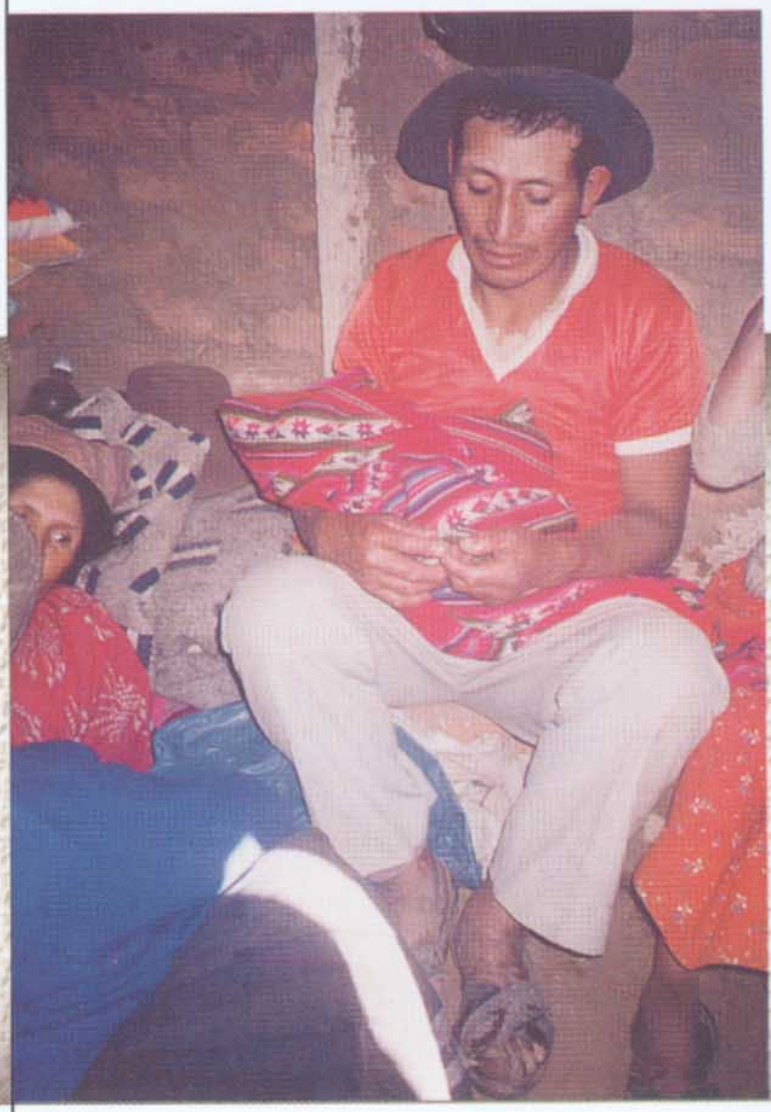
6.2. El personal de salud

El personal de salud reconoce que las mujeres, sobre todo las más jóvenes, tienen mejor disposición para acudir al control prenatal, reconocen que los esfuerzos de captación y de educación en las comunidades facilitará el acceso de las gestantes a los servicios de salud.

Los lazos de confianza entre las mujeres y las parteras son considerados por el personal de salud como una razón de peso para que las mujeres opten por la atención domiciliaria. Además el personal de salud identifica que las propias prácticas tradicionales de atención del parto son una motivación muy fuerte para que las mujeres prefieran el espacio doméstico y comunitario. Reconocen también el temor de las mujeres hacia los procedimientos biomédicos y al instrumental utilizado en los servicios. Por último, el personal de salud identifica y percibe la vergüenza que las mujeres experimentan al dar a luz o al hacerse examinar en la posición de litotomía.

Pese a tener una percepción que se acerca bastante a las demandas de las mujeres, no se sacan las consecuencias prácticas. Gran parte del personal sigue considerando que estas barreras son fruto de la ignorancia y en consecuencia susceptibles de modificación a través de la educación impartida durante las consultas y las actividades extramurales en comunidad.

Capítulo VII



Familiar con el recién nacido

Características generales de los procesos de la salud reproductiva y sexual

Los principales hallazgos descritos para los diversos ámbitos que reseñamos presentando los procesos de atención de parto y del recién nacido, plantean características específicas, que son indispensables apreciar para una mejor comprensión de los procesos de la salud reproductiva y sexual en la tradición andina y amazónica vigente en amplias zonas del país. Trataremos de presentar en forma temática y secuencial estos procesos.

1. ARRAIGO DE TÉCNICAS TRADICIONALES DE ATENCIÓN DEL PARTO Y DEL RECIÉN NACIDO

En relación a la identificación de técnicas tradicionales de atención de parto y del recién nacido vigentes, se ha logrado recoger una gran cantidad de información sobre las mismas en cada uno de los cuatro ámbitos estudiados. Se ha comprobado que a pesar de particularidades de cada zona es posible identificar ejes comunes alrededor del tema estudiado.

1.1. Roles y relaciones de género

La atención del parto dentro del sistema obstétrico tradicional no es exclusivamente femenina. Mujeres y varones intercambian y comparten roles en todo el proceso del parto. Sólo en la selva parece ser más marcadamente un "evento de mujeres". Los parteros y familiares que atienden partos son principalmente varones en los ámbitos de los estudios 1 y 2.

La distribución de roles entre hombres y mujeres dentro del proceso del parto tiene estrecha relación con el sistema de género que organiza la sexualidad y la reproducción en estas culturas .

Para la cultura andina, Anderson señala que "La mujer andina se inserta en relaciones duales y a veces más amplias con varones con quienes ejecuta una estrategia económica común y de quienes recibe status, afecto, cooperación en distintos planos y contextos... Se percibe como miembro de pequeños grupos sociales (familia de origen y de procreación) donde ocupa un plano esencialmente igual con otros miembros adultos... La diferencia de género da lugar a complementariedad de tareas más no a una jerarquización importante y sistemática de la relación..." (Anderson, 1994).

Por el contrario, en las sociedades amazónicas "es fundamental la solidaridad de género. Los intereses divergentes que ponen en oposición al género masculino y femenino son muchos. La relación conyugal tiende a ser impuesta y no permanente ...en la relación con su marido, su padre, hermano, cuñado, jefe o chaman, la mujer es subordinada... su vida cotidiana no la obliga a demasiadas asociaciones con su opresor. Se la pasa con otras mujeres, trabajando y relajándose con ellas..." (Anderson, 1994).

Se ha constatado que el esposo cumple un rol importante durante la atención del parto y durante el puerperio. Este rol se manifiesta de diferentes formas. Durante el parto tiene una activa presencia como responsable de la atención (especialmente en los estudios 1 y 2) o como soporte necesario de la mujer para ayudarla a adoptar posiciones verticales durante el trabajo de parto y el expulsivo (en todos los ámbitos).

También son los esposos quienes traen y/o preparan las plantas medicinales y los alimentos indicados para el parto y el puerperio (estudios 1, 3 y 4).

Hemos comprobado que los hombres tienen un amplio conocimiento de los riesgos durante toda la etapa reproductiva y comparten la necesidad de los cuidados para prevenir los problemas importantes. Esto se traduce en muchos casos en colaboración activa hacia sus parejas, en el marco de las relaciones de género culturalmente establecidas. No obstante existen referencias en todos los ámbitos de una desvinculación de los hombres respecto a la ayuda y cuidado a la mujer en este período.

La amazonía presenta la particularidad que el espacio de parto parece ser predominantemente femenino. Son pocos los hombres que atienden partos o que están presentes durante el desarrollo del mismo. Este hecho es coherente

con un sistema de género en el cual varones y mujeres funcionan separadamente en la vida cotidiana, prácticamente se unen sólo para tener relaciones sexuales y asegurar la reproducción.

1.2. Concepción cultural del proceso del parto

El proceso del parto en sus diferentes etapas es conceptualizado como una época especial en la vida de la mujer y de la familia. Pese a ser considerado un proceso natural en el sentido fisiológico del término, las intervenciones que desarrollan en este proceso, están social y culturalmente normadas de manera estricta, para prevenir los riesgos de enfermar o morir como consecuencia del parto.

Estos riesgos tienen su máxima expresión en la etapa del nacimiento y el puerperio, épocas consideradas de mayor peligro para la mujer y el recién nacido. Estas son las épocas en la que la mujer - parturienta y puérpera - se encuentra en una condición de vulnerabilidad, pues está realizando un esfuerzo intenso: su cuerpo está "*abierto*", la vagina se dilata y los huesos de la pelvis se abren para dar paso al bebé.

En la cultura andina el parto comprende dos etapas concebidas como dos nacimientos: el del bebé y el alumbramiento de la placenta "...También es visto como un período en el que los espíritus diabólicos, atraídos por la sangre materna, pueden venir a tentar a la mujer..." (Arnold, Yapita). Por eso es tan importante protegerla y acompañarla.

Este gran esfuerzo debe ser compensado con una época de descanso. La condición de "*cuerpo abierto*" necesita de cuidados específicos para evitar el ingreso de elementos como el frío y el aire, responsables de problemas como la demora en el parto y el sobreparto.

1.3. Riesgos y cuidados

Se puede comprender mejor los riesgos y los cuidados, considerando su análisis en los diferentes momentos del proceso, que comprende la gestación, el parto, el alumbramiento, el puerperio, y las atenciones al recién nacido.

a) La gestación

La gestación es un estado normal y natural, en el cual se dan una serie de medidas preventivas relativas a conservar el orden cosmológico y el equili-

brio corporal. Si bien existe la opinión bastante generalizada de que no hay control prenatal del embarazo (como en la óptica occidental), en el caso de las comunidades andinas hay una preocupación culturalmente pautada por el bienestar de la embarazada (Burgos, 1995). Es una etapa de cuidados destinados a lograr "*un buen parto*", para que la madre se "*salve*" y que tanto ella como el bebé, no sufran de consecuencias negativas para su salud futura.

El problema más importante durante la gestación, valorado como el mayor riesgo para el momento del parto, es la mala posición del bebé. Esta mala posición significa que el niño está en posición transversa o podálica, que implicará dificultades importantes en el momento del parto. Si el niño está en posición transversa "*no podrá nacer y morirá*", si la madre no es derivada a tiempo. Si se trata de un parto podálico, presentará mayores riesgos y dificultades para el nacimiento (aunque contamos con relatos de atención a este tipo de parto con resultados positivos). La mala posición contempla también que el bebé esté fuera de su eje vertical, provocando dolor e interfiriendo con las actividades cotidianas de las mujeres embarazadas.

Para afrontar este problema, se recurre en todos los ámbitos al "*acomodo*" o "*sobada*" ("*suysuy*" en el estudio 2) y al "*manteo*", "*sacudida*" o "*rodada*" para garantizar la buena posición. Esta práctica se realiza a partir del segundo trimestre de gestación cada vez que resulte necesario.

Durante la gestación, si bien las mujeres continúan desarrollando sus actividades cotidianas hasta casi el final del mismo (atención de la casa, los hijos, los animales y la chacra), deberán observar algunos cuidados para asegurar un buen parto. Las principales restricciones se refieren a esfuerzos excesivos, caídas, cólera y acumular frío. Para estos problemas cuentan con una serie de recursos, tales como el acomodo y la ingesta de mates de hierbas con propiedades cálidas y tranquilizantes.

En todos los ámbitos las gestantes reconocen que los cuidados pautados culturalmente para el embarazo no pueden cumplirse a cabalidad, debido a las múltiples actividades que implica su triple rol de género [10]

10 Instrumento conceptual de la planificación de género (acuñado por Moser en 1985) que hace referencia a las actividades reproductivas de la mujer (responsabilidades de maternidad y crianza de niños, tareas domesticas), productivas (generadoras de ingresos) y de gestión comunal (en organizaciones de diverso tipo), tanto en zonas rurales como urbanas

Hay consenso en que el excesivo esfuerzo físico es un riesgo que puede asociarse con algún tipo de complicación en el parto. En Bolivia, las mujeres refieren *"no haberse cuidado adecuadamente"* con cierto sentimiento de culpa. Sin embargo, "la posibilidad real de reducir carga de trabajo y comer bien depende de la cooperación, fundamentalmente de su esposo y en segundo lugar de los otros familiares".

La amenaza de aborto y el aborto, tienen como principales síntomas al dolor abdominal, el sangrado y las hemorragias. Se trata de un problema identificado por gestantes y parteras, atribuido a antojos insatisfechos, emociones fuertes y exceso de esfuerzo físico, (estudio 1), y en los ámbitos de los estudios 2 y 3 es atribuido a situaciones interrelacionadas con la naturaleza, como el *"puquio"*, la *"pacha"*, etc. Si el sangrado es leve se recurre a la partera/o, si es profuso se acude a un servicio de salud.

En la amazonía un riesgo reconocido y que pone en peligro al bebé durante la gestación, es la *"cutipa"*. Éste se produce cuando la madre está demasiado cercana a un animal o se asusta por esta causa. Esto producirá que el bebé adquiera alguna de las características del animal (*sajino*, *pelejo*, etc.).

Hay referencias señaladas por las mujeres en todos los ámbitos, sobre la imposibilidad para seguir todas las precauciones culturalmente establecidas para *"un buen embarazo"*. Sin embargo algunas refieren que *"antes"* sí podían cuidarse más. Es sugerente plantear que este cambio en el comportamiento de las gestantes está asociado con el empeoramiento de las condiciones de vida en las zonas rurales.

Además es probable que las pautas de relación entre géneros propios de las sociedades occidentales y urbanas, estén influyendo en las comunidades andinas que tienen una fuerte base de unidad y complementariedad entre hombres y mujeres. Estaría disminuyendo el poder femenino tanto en la familia como en la comunidad, apareciendo desigualdades y jerarquías donde antes no las había. El trabajo femenino en la concepción mercantil es desvalorizado, afectando también la autoestima de las mujeres.

Habrían cambios a su vez en el comportamiento de los varones, surgiendo actitudes machistas, contrarias al ideal andino de cooperación entre los miembros de la pareja en los procesos productivos y reproductivos.

Asimismo, en la zona quechua se observa una tendencia al debilitamiento de la acción colectiva de las personas, produciendo que las gestantes, parturientas y puérperas sean paulatinamente desprotegidas al no contar con las redes sociales de apoyo tradicionales.

Todo esto sugiere que la probabilidad de alto riesgo reproductivo estaría aumentando para las poblaciones de las zonas estudiadas, como consecuencia de algunos cambios culturales inducidos por la influencia de la sociedad occidental y urbana no obstante los esfuerzos preventivos del Ministerio de Salud.

b) El parto

Un tema clave durante el parto es la valoración del tiempo. Existe un tiempo determinado de duración para cada una de sus etapas. La intención de quien atiende el parto, de la parturienta y de los familiares es favorecer el proceso evitando que ocurran demoras. Estas pueden deberse al frío, para lo cual el ambiente donde se desarrolla el parto será cálido, cerrado y se administrará mates de hierbas cálidas, baños y sahumerios, para proteger los órganos genitales de la parturienta.

La demora también puede deberse a que el parto se presenta "*seco*". Es decir sin líquido amniótico ni "*flemosidades*", observándose únicamente sangre. Este tipo de parto es considerado especialmente doloroso y largo. Para contrarrestarlo la parturienta debe ingerir plantas "*flemosas*" como la *malva* y la *linaza*. Además la malva puede aplicarse en la vulva para facilitar la salida del bebé (estudio 4).

Otro problema que puede prolongar un nacimiento es la existencia de circular del cordón. Éste en general es detectado y manejado adecuadamente en el momento del nacimiento.

Otro tema clave es el de las posiciones. A lo largo del trabajo del parto, el expulsivo y el alumbramiento, la parturienta adoptará diversas posiciones para obtener comodidad, favorecer las contracciones, facilitar el descenso del bebé, y disminuir el dolor. En todos los estudios se encontrará el uso de las posiciones verticales. La mujer cuidará de estar con las piernas y los muslos bien abiertos - sin enseñar los genitales - para no demorar el parto. Además es usual colocar una pretina en el abdomen, para evitar que el bebé "*vaya hacia arriba*" y demore el nacimiento.

La posición vertical en la cultura andina tiene un importante valor simbólico, la mujer debe hacer fuerza y empujar " *hacia abajo, hacia la tierra, la Pachamama*" .

El tercer aspecto clave, es el apoyo que debe recibir la mujer durante el parto. Se procura que ella tenga permanente apoyo y "*sostén*" para que

tenga "*el valor*" necesario para sobreponerse al dolor y posibilitar concentrar la fuerza necesaria para el expulsivo. Con este fin las palabras enérgicas de la partera/o y/o de quienes atienden el parto, así como del entorno familiar prefijado tienen un rol fundamental.

Un riesgo durante este momento es que la mujer "*se acobarde*" o muestre "*debilidad*" (estudios 3 y 4) acarreando problemas, que pueden conducir también a la demora en el nacimiento o a la muerte del bebé.

c) El alumbramiento

Durante el alumbramiento la preocupación emergente en todos los ámbitos estudiados, es que la placenta pueda salir sin dificultad, es decir en un tiempo corto (hasta una hora), en forma completa y sin que se produzcan hemorragias.

Un riesgo importante es que la placenta quede retenida en el útero, "*enfriándose y subiendo hacia arriba*", provocando la muerte de la parturienta por "*ahogo*". Se evitará cuidando que el frío y el aire ingresen al cuerpo de la parturienta por medio de la ingesta de mates y caldos calientes; ajustarando más la "*pretina*" (colocada previamente) y con suaves masajes con sustancias cálidas en el abdomen.

Si el tiempo de alumbramiento es largo, se recurrirá a aumentar la temperatura de la parturienta y a provocar náuseas con diferentes técnicas que favorecererán la salida de la placenta. La práctica de no cortar el cordón antes del alumbramiento responde a la concepción que éste "*no regrese al útero*", condición que imposibilitaría controlar la salida de la placenta y el riesgo de muerte de la mujer.

d) El puerperio

Durante el puerperio continúan los cuidados frente al frío y al aire, manteniendo a la parturienta en un lugar abrigado y no muy iluminado. Fajar a la puérpera es una práctica habitual, se faja la cabeza para evitar el "*ingreso del aire*" (estudios 1 y 2, San Martín lamista); también se faja el abdomen (estudios 1 y 3) y/o se coloca un "*rodillo*" (telas envueltas en forma de cilindro) sostenido por el "*chumbe*" o "*pretina*" (estudio 2) para que "*los huesos regresen a su lugar*", se conserve el calor y que el "*útero no suba*". La parturienta debe permanecer en reposo absoluto aproximadamente 7 días por lo menos. Asimismo, no debe salir al exterior hasta un mes después del nacimiento (estudio 1).

El descanso y los mates calientes proporcionados tienen el objetivo de favorecer la correcta eliminación de la sangre [11], sea porque contrarrestan el frío o porque evitarán que se produzcan hemorragias de consideración. El útero debe expulsar los restos de sangre que han quedado después del parto; el sangrado no debe ser excesivo, pero tampoco debe detenerse. Los peligros son la hemorragia y la formación de coágulos en el útero. Estos últimos darán lugar a una serie de malestares, dolores intensos (entuertos) y el "*sobreparto*", cuyos síntomas asemejan a los de la infección puerperal, con diferentes niveles de intensidad (dolor de cabeza, "*temblores*", fiebre, dolor al orinar) y que incluso se consideran que pueden ocasionar la muerte. El descanso es también funcional a la necesidad de que la mujer recupere fuerzas para reincorporarse en buen estado de salud a la rutina cotidiana. Con este fin se brindará una alimentación especial con alimentos cálidos (aunque no en exceso para evitar inflamaciones). El caldo de carne se emplea en todas las comunidades de la sierra y de la selva. Entre los aguarunas se usa también el caldo de *chonta* para favorecer la lactancia.

En esta etapa aparece nuevamente el problema ya comentado sobre las dificultades para cumplir los cuidados pautados culturalmente. Según apunta Arnold y Yapita "la gente del campo da más importancia a la recuperación de fuerzas de la madre parturienta y la deja descansar después del parto (...) no se quiere poner en riesgo la vida de la madre de familia (...) sin embargo, con los cambios en la economía en los últimos años, con hechos tales como por ejemplo la disminución de los rebaños, parecería que la vida materna corre más riesgo que antes (...) recrudecen la malnutrición y la anemia (...) empobreciendo la alimentación de la madre basada en la carne..."

e) Cuidados del recién nacido

Se constata la falta de atención inmediata del recién nacido, priorizando la atención a la madre, probablemente por que se percibe que se debe preservar la vida de ésta, por los impactos que tendría su ausencia en la vida familiar. Habría la idea de que el bebé ya ha estado bien cuidado y alimentado dentro del útero (Arnold y Yapita).

11 Esta misma preocupación representa un eje también en el caso de la menstruación, otro momento de la vida de la mujer en el cual se debe eliminar la sangre por un proceso fisiológico.

Si bien la duración de la lactancia materna es prolongada, no se encuentra en las zonas estudiadas la práctica de iniciarla inmediatamente luego del nacimiento, tampoco, salvo casos aislados se valoran las bondades del calostro para la alimentación del recién nacido.

El inicio de la lactancia materna se espacia utilizando algunos mates de hierbas como el *anís*, la *manzanilla* y otros. Esta práctica se debería a la necesidad de *"limpiar al bebé"* de los restos de líquido amniótico y meconio (Burgos, 1995). Asimismo se ha observado en Bolivia que al retardar el inicio de la lactancia se estaría preparando simbólicamente al niño para las condiciones de pobreza en que le tocará vivir (Bradby, 1996). Sin embargo algunas parteras informan de la existencia de casos en que mujeres dan de lactar media hora después del nacimiento y que consideran que el calostro *"hace fuertes a los niños"* (estudio 1).

2. CONCEPTUALIZACIONES DE MUJERES Y VARONES SOBRE EL CUERPO Y LOS HECHOS REPRODUCTIVOS

El tema de la menstruación ha permitido reconstruir (como en el caso del puerperio) uno de los ejes de la etnofisiología vigente en las comunidades del estudio.

Este eje se refiere a la eliminación de la sangre del cuerpo de la mujer durante diferentes momentos de la etapa reproductiva, la cual debe producirse periódicamente en el caso de la menstruación. Su presencia y periodicidad permitirá a la mujer tener hijos.

Durante la menstruación la sangre debe ser expulsada en la cantidad adecuada: *"ni demasiada"* (porque acarrea debilidad), *"ni quedar retenida en el cuerpo"*. La retención de la sangre impide que se cumpla el objetivo de la menstruación de limpiar el organismo. La sangre retenida se *"endurecería"* en el útero, formando *"coágulos o bolas"* y provocando dolores e incluso *"tumores"*, también podría *"subir"* a la parte superior del cuerpo, *"afectando el cerebro"* y *"trastocando"* el equilibrio mental de la mujer. Esta concepción es vigente y compartida por hombres y mujeres en todos los ámbitos estudiados.

Las mujeres manejan una serie de recursos para regular el flujo de sangre; tanto para reducir la duración de la menstruación (como en la amazonía); como para favorecer la expulsión de la sangre en el caso de que el cuerpo esté frío, elemento que en todas las etapas del ciclo reproductivo es considerado el principal elemento causal de una serie de problemas que ocurren.

Otros cuidados adoptados son restringir el exceso de trabajo que provocaría un sangrado excesivo, evitar "*la cólera*" (que provocaría una suspensión de la menstruación) y la abstinencia de relaciones sexuales.

La menstruación es considerada "*el período fértil*" de la mujer. Son los días "*peligrosos*" durante los cuales se deben evitar las relaciones sexuales con los varones so riesgo de quedar embarazada (estudios 1 y 2). Hay referencias también a que la fecundación es posible en otros momentos del ciclo menstrual (estudios 3 y 4).

No hay un conocimiento claro de la fisiología de la fecundación. Sin embargo en todos los ámbitos la relación sexual con el varón es señalada como la causa de embarazo.

Respecto de los procedimientos anticonceptivos, las mujeres y los varones de los ámbitos estudiados manejan algunos conocimientos y técnicas tradicionales, tales como el uso de ciertas hierbas (estudios 1 y 4), pero también manifiestan diversos niveles de desconfianza sobre su real efectividad (estudio 1).

Los métodos anticonceptivos modernos difundidos por el Programa de Planificación Familiar del MINSA, se conocen relativamente y son poco usados (estudios 3 y 4); Sobre ellos se señalan diversas objeciones (estudios 2 y 3) en relación a experiencias negativas en casos de ligadura de trompas (estudio 4). El método del ritmo es mencionado y usado inadecuadamente en todos los ámbitos.

3. RELACIÓN ENTRE SISTEMA TRADICIONAL Y BIOMÉDICO

3.1. Relación entre la parturienta y la partera/o o con el familiar que atiende partos

En cuanto al tipo de relación establecida entre la parturienta y la persona que la atiende, se constata que en el espacio tradicional es la partera/o quien tiene el saber legitimado, por ser la persona con mayor experiencia y conocimientos sobre el desarrollo y manejo del parto[12] .

12 En el caso de los aguarunas, el saber legitimado es poseído por la parturienta y por la mujer mayor que «*cuida*» el parto; ésta cumple un rol de contención y guía durante el proceso para garantizar su buen desarrollo.

En el caso de la atención por familiares, es la parturienta (que ya tiene otros hijos) quien conduce el proceso, dando indicaciones a la persona que atiende el parto.

Este saber legitimado se traduce en un tipo de poder compartido. Aunque las parteras/os tienen un rol de autoridad, se preserva el espacio para que la mujer exprese sus opiniones, necesidades, temores y deseos. Esta relación es posible por la existencia de una confianza básica entre la parturienta y quien la atiende. Ambas comparten el mismo universo cultural y valoran el rol activo de la mujer en trance de parto.

3.2. Relación entre las parturientas y el personal de salud

En el espacio institucional se establece más bien una relación jerárquica. El saber legitimado es detentado exclusivamente por el personal de salud (principalmente médicos y obstetrices).

A la base existirían desigualdades estructurales de carácter cultural, económico, social y de género, tales como educación superior vs. analfabetismo, procedencia étnica, idioma castellano vs. idiomas nativos, procedencia urbana vs. rural, hombres vs. mujeres, mejor nivel económico vs. pobreza.

Es en este contexto donde se producirían situaciones de discriminación, maltrato y de negación de una alteridad (la otra persona) diferente. Este último aspecto llevará a concepciones desvalorizadoras en el sentido que la mujer *"no sabe nada"*, invalidando sus conocimientos y a considerar su opinión como irrelevante. Así en un complejo proceso se desarrollarán las barreras que limitan el diálogo y la construcción de un saber común entre los actores involucrados en el proceso reproductivo.

3.3. El sistema tradicional visto por el personal de salud

Se evidencia un conocimiento relativamente superficial sobre las técnicas tradicionales de atención del parto y del recién nacido, mas débil aún en relación a las concepciones culturales que las sustentan, salvo en los casos en los que el personal se ha insertado en la población y se ha esforzado por conocer la realidad de su ámbito, como en el estudio 1.

Existe la tendencia a descalificar las concepciones, técnicas y prácticas tradicionales, esto se expresa en la forma cotidiana en que el personal de salud se refiere a ellas catalogándolas como *"creencias"* o *"supersticiones"*.

Esta actitud del personal de salud, además de los factores estructurales mencionados parecen provenir de una formación académica insuficiente, que no proporciona los elementos básicos para el conocimiento y comprensión de una realidad compleja y cambiante, en la cual deberán actuar.

Sin embargo hemos encontrado algunos casos donde el personal de salud tiene una genuina preocupación por conocer con mayor profundidad las técnicas y recursos tradicionales. Esto ocurre por ejemplo en relación al uso de plantas, los masajes y la posición vertical, donde el personal de salud busca verificar su eficacia.

Un elemento ampliamente reconocido por el personal de salud como favorable en la mayoría de estudios es el ambiente familiar en el que se desarrolla el parto.

3.4. Percepciones de las mujeres sobre los servicios de salud

Las mujeres identifican una serie de obstáculos que las distancian de los servicios de salud. Algunas de ellas coinciden con los obstáculos observados por el personal de salud: discriminación por su identidad étnica y condición de pobreza, maltrato, vergüenza, temor a la cesárea y la episiotomía, temor a someterse a una ligadura de trompas o al uso de métodos anticonceptivos modernos, y una estructurada convicción de que las enfermedades émicas requieren de la atención tradicional mas que una eventual atención institucional.

Existe desconfianza hacia el sistema biomédico. Su personal es extraño, ajeno a su comunidad, lengua y cultura. Acentúa esta situación el actual régimen laboral del MINSA, de contratos por períodos cortos y de alta rotación del personal. Esto afectará negativamente las relaciones con las usuarias, sobre todo en aquellos aspectos del servicio que tienen que ver con la sexualidad y la reproducción.

Perciben además las fallas y vacíos en la formación y competencias del personal auxiliar y técnico de los puestos de salud, en particular en los aspectos de diagnóstico y tratamiento de la salud reproductiva y en la solución de las emergencias obstétricas.

Las mujeres son particularmente sensibles al trato rudo e irrespetuoso por parte del personal masculino a nivel de los puestos, prefiriendo explícitamente ser atendidas por mujeres. Como no siempre es posible se retraen de asistir al control prenatal, limitando severamente la prevención de una serie de factores y situaciones de riesgo obstétrico.

3.5. Percepciones de las mujeres sobre el control prenatal

Hemos encontrado evidencia que las mujeres actualmente acuden más que antes a este servicio. Las motivaciones principales son la preocupación por saber la posición en la que se encuentra el bebé y si el parto se desarrollará normalmente. Las mujeres jóvenes son las más receptivas a la convocatoria del MINSA, a veces incluso oponiéndose a la opinión de sus mayores que *"no entienden para qué van"*. Este proceso estaría creando una brecha generacional en el saber tradicional sobre la sexualidad y la reproducción.

Las mujeres entrevistadas han recibido la vacuna antitetánica en las campañas realizadas con este fin. Esta realidad se refleja en una disminución significativa de los casos de tétanos neonatal, según información del personal de salud de las zonas del estudio. Sin embargo la información sobre la función e importancia de esta vacuna es pobre o inexistente, lo que produciría que se mantengan distorsiones en cuando a los motivos de su aplicación.[13]

En la realización del control prenatal se observan dificultades en la comunicación entre el personal de salud y las gestantes, la cual discurre en muchos casos por canales paralelos. Aunque se cumple relativamente con uno de los requisitos de la calidad de atención - dar información a la usuaria - ésta se realiza de manera mecánica y unidireccional, sin que exista un diálogo o la preocupación por que la información haya sido recibida y entendida correctamente por la gestante. Esto se evidencia por ejemplo en la forma como se brinda la información sobre los factores de riesgo obstétrico.

Este estilo de comunicación no favorecerá que la gestante exprese sus preocupaciones, ni permitirá establecer una relación de confianza, perdiéndose una importante oportunidad de construir conocimientos que incluyan las preocupaciones del sistema biomédico. Asimismo afecta negativamente la relación usuaria/prestador la existencia de estrategias de corte asistencialista y/o coercitivo, por las cuales se estaría condicionando la entrega de alimentos a la asistencia al control prenatal.

---

13 Cabe señalar al respecto, que en años anteriores se produjo una grave situación de desinformación de la opinión pública, buscando vincular la vacuna antitetánica con supuestos planes de "esterilización" de las mujeres del país.

3.6. Barreras de la población respecto al sistema biomédico, percibidas por el personal de salud

El personal de salud identifica claramente las razones que motivan a las mujeres a acudir a las parteras o parteros: la tradición, la confianza, el idioma común, el espacio y entorno familiar.

Del mismo modo identifican las barreras que limitan el uso por las mujeres de los servicios: el pudor, el temor al tacto vaginal, a la episiotomía y a la cesárea, la posición litotómica, el corto período de descanso post - parto, la difícil accesibilidad (tanto económica, como geográfica) y el frío que caracteriza a los ambientes de los establecimientos. Estos limitantes evidencian una vez más la incomunicación existente entre los sistemas tradicional y biomédico.

Entre los problemas más importantes señalados por el personal sobre el comportamiento de las mujeres y las parteras en relación al control prenatal, se señala su inicio tardío, la escasa asistencia al control prenatal o su uso esporádico y la falta de detección oportuna de factores de riesgo y signos de alarma.

4. PUNTOS DE ENCUENTRO ENTRE AMBOS SISTEMAS DE SALUD

El estudio permite apreciar algunos de los aspectos en los cuales es necesario propiciar un acercamiento entre ambos sistemas de salud, mejorando determinados aspectos de éstos, considerando las valoraciones diferenciadas sobre los riesgos y cuidados adoptados, y especialmente colocando a los sujetos del proceso reproductivo en el centro mismo de la estructura de la atención y los cuidados demandados.

4.1. Capacitación de parteras/os tradicionales

Se suele considerar la capacitación de las/os agentes tradicionales de salud como una de las estrategias puente entre ambos sistemas de atención del parto. Sin embargo el enfoque y la metodología utilizados han dado lugar a varios problemas.

Las parteras/os son personas muy reconocidas por la comunidad (incluso en zonas alejadas de estas), tienen la autoridad que les otorga su "saber legiti-

mado", transmitido de generación en generación y acumulado en un proceso de aprendizaje desde la práctica y la experiencia desarrollada en muchos años. Esto ha ocurrido en un marco de relaciones de cooperación entre personas que se reconocen como diferentes, pero sin implicar posiciones de superioridad e inferioridad entre unas y otras. Asimismo la construcción de este saber se ha producido en un largo y complejo proceso inmerso en el contexto de una lengua, cultura e historias comunes.

La capacitación propiciada por el MINSA al no contemplar el proceso de construcción del saber tradicional, implícitamente conllevará a desvalorizar y no respetar este proceso de construcción de la partería. Pareciera no interesarse por conocer el cuerpo de ideas y de prácticas propias que subyacen en él, sino en encontrar la manera más eficiente de imponer las ideas y procedimientos biomédicos. Esto ha socavado el estatus, el prestigio y la autoridad de parteras/os en las comunidades, teniendo un doble efecto:

a) En las/os parteras/os ha causado en alguna medida el abandono del oficio por aparición de dudas respecto de su saber y de temor a recibir posibles "*sanciones*" del MINSA en caso de complicaciones en el proceso de atención. Esto propicia una suerte de condición clandestina, que lleva a que en los casos que la parturienta presente problemas los parteras/os indiquen el traslado al establecimiento, sin hacerse presentes perdiéndose valiosa información.
b) En las mujeres jóvenes produciría la pérdida de confianza en el sistema tradicional y sus agentes, motivando también la ruptura del ciclo educativo para la continuidad de la partería.

Asimismo la mística solidaria y de servicio comunal de parteras/os está paulatinamente reemplazada por la lógica mercantil de la retribución monetaria por los servicios prestados, afectando a la población en extrema pobreza que no puede afrontar los costos de la atención y se orienta a la atención de menor especialización a cargo de familiares. Esto último implicará mayores riesgos en casos de complicaciones que no puedan ser identificadas por la elemental experiencia de los familiares, que unida a la demora en la derivación, contribuirá a la persistencia de la elevada mortalidad materna en las comunidades rurales andinas y amazónicas.

4.2. Incorporación de las técnicas y prácticas tradicionales

Hemos constatado una actitud de cierta apertura y flexibilidad en el personal de salud hacia la incorporación de algunas prácticas tradicionales en los establecimientos. Esto podría deberse más a una necesidad de adaptación a los requerimientos de la población, que a una real valoración por comprender y respetar la idiosincracia local.

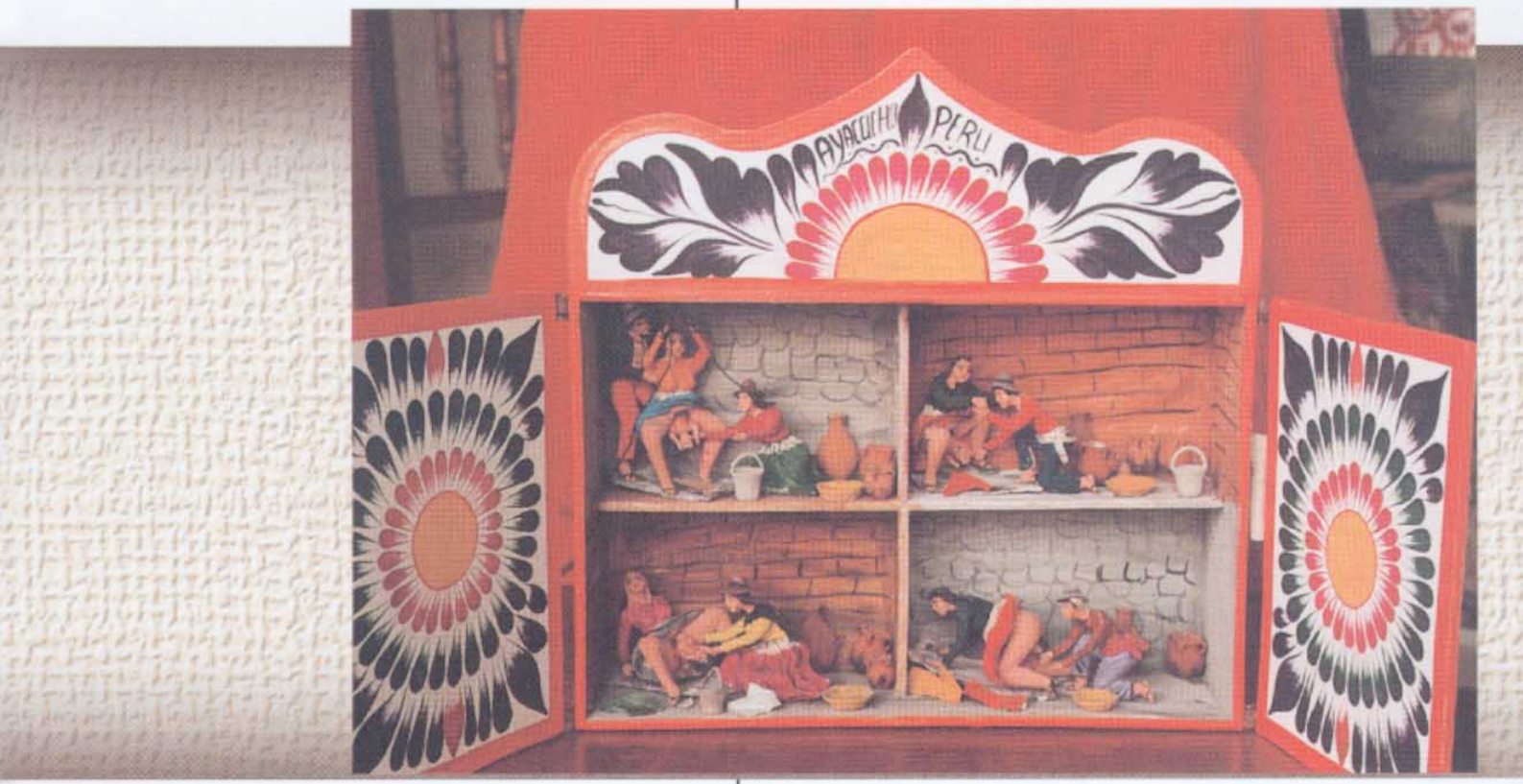
Los establecimientos donde parecen ser más factible el desarrollo de procesos de integración de ambos sistemas son el puesto de salud de Cachican (sierra de La Libertad), el centro de salud de Kelluyo, y los hospitales de Juli e Ilave (Puno aymara), el hospital de Acobamba (Huancavelica) y el puesto de salud de Pamashto (San Martín).

En estos servicios en su práctica actual se han incorporado algunas medidas tales como acondicionamiento del espacio del parto para hacerlo más acogedor, uso de estufas, acompañamiento por los esposos y entrega de la placenta a los familiares para su disposición habitual.

Es posible que en estos lugares se hayan abierto caminos para introducir algunas modificaciones en la atención institucional del parto, que deben ser alentados y apoyados por las instancias respectivas del MINSA.

Finalmente podemos afirmar que el núcleo del problema no está en la baja demanda de atención institucional del parto, sino en la relación entre dos sistemas culturales y obstétricos diferentes y muchas veces contrapuestos, relación problemática que debe ser cuidadosamente revisada y manejada por el Ministerio de Salud. En dicho proceso será conveniente mejorar, profundizar y desarrollar los puntos de encuentro ya existentes entre ambos sistemas.

Capítulo VIII



Formas de atención del parto tradicional (Retablo Ayacuchano)

Prácticas tradicionales y biomédicas

De los hallazgos etnográficos de la investigación realizada, se han extraído y analizado las prácticas más recurrentes en los diferentes ámbitos, tanto para el caso del sistema obstétrico tradicional como para el sistema obstétrico biomédico. La discusión que sigue se refiere exclusivamente al manejo del parto normal, definido por la OMS [14] como "espontáneo en su inicio, de bajo riesgo al comienzo del trabajo de parto y manteniéndose como tal a lo largo de esta etapa y del nacimiento. El niño nace espontáneamente en posición cefálica entre la semana 37 y 42 de gestación. Después del parto, la mujer y el niño están en buena condición".

1. LOS RIESGOS EN SALUD

En el caso de la atención institucional del parto, el concepto de "riesgo" aplicado en el presente estudio busca además del enfoque de riesgo obstétrico biomédico, extenderse a la esfera emocional, social, cultural y de género de las mujeres. Partimos de constatar que a menudo no se valora la diversidad cultural y se percibe por las usuarias como "falta de respeto" situaciones que atentan contra su integridad física y emocional, entre ellas el maltrato verbal, las in-

14 Un grupo de trabajo técnico de la OMS, constituido por médicos y obstetrices, se reunió en Ginebra en marzo del 96 para definir y discutir el proceso de parto normal y las intervenciones que se han vuelto rutinarias -"normales"- en diferentes países del mundo, elaborando una serie de recomendaciones y criterios para la atención de este tipo de parto, que son incluidos a lo largo de este documento

tervenciones innecesarias, la imposición de la posición litotómica y se desestima el pudor de las mujeres. Estas situaciones constituyen un riesgo y pueden interferir seriamente con la dinámica del proceso del parto, determinando que esta experiencia se convierta, muchas veces en un hecho traumático al quebrar la estructura cultural y personal de las mujeres.

Las intervenciones y procedimientos invasivos pueden constituir o reforzar, las barreras que limitan el uso de los servicios públicos de salud por parte de las mujeres, especialmente las más pobres y en mayor riesgo de enfermar o morir.

En el caso de la atención tradicional (parteras y familiares) no planteamos una visión idílica o pasadista. Existen una serie de prácticas que constituyen riesgos para las madres y los recién nacidos. Aquí no se dan diferencias y/o barreras culturales en la medida en que se comparten los mismos códigos y las mismas formas de pensar y actuar. En el mundo tradicional, existe una preocupación por garantizar un ambiente de tranquilidad y por no interferir en el momento del parto, ya que se reconocen que emociones como el miedo y la vergüenza constituyen situaciones de riesgo para este evento.

Las prácticas han sido clasificadas en prácticas favorables y prácticas potencialmente riesgosas.

Prácticas favorables

En esta categoría se incluyen las prácticas que tienen un efecto beneficioso sobre la mujer y el recién nacido, es decir favorecen el buen desarrollo del proceso del parto. Lo beneficioso de una práctica contempla la esfera física, psicológica, emocional, cultural y social, así como la perspectiva de género y los derechos ciudadanos.

Prácticas potencialmente riesgosas

Se trata de prácticas que entrañan algún nivel de riesgo para la salud y la vida de la mujer y el recién nacido. Las prácticas potencialmente riesgosas identificadas están relacionadas con la falta de higiene (en el ambiente de parto, durante la manipulación de la zona perineal y el corte del cordón), el inadecuado reconocimiento de factores de riesgo y de signos de alarma durante todo el proceso, o su atribución casi exclusiva a causas tradicionales (antojos, fenómenos de la naturaleza); así como una atención deficiente del recién nacido.

2. PRÁCTICAS TRADICIONALES FAVORABLES

2.1. Uso de recursos para mantener el equilibrio frío/ calor en el cuerpo

La concepción frío - calor es el eje central en el proceso de salud-enfermedad de los sistemas tradicionales de salud. Durante la gestación, parto y puerperio, se brinda especial atención a lograr este equilibrio a través de una serie de cuidados cotidianos, entre los cuales resaltan el uso de mates o bebidas, baños, sahumerios, masajes/frotaciones con plantas medicinales o el uso de recursos con propiedades "*cálidas*" o "*frescas*".

El mecanismo de acción de estas plantas o recursos será el de "*eliminar*" el exceso de frío o calor acumulado en el cuerpo para restablecer el equilibrio. Muchos de estos recursos se utilizan durante la gestación, especialmente en los últimos días de la misma, para llegar al momento del parto sin un exceso de frío o "*resfrío*".

Prácticas tradicionales favorables

- Uso de recursos para manener el equilibrio frío-calor en el cuerpo
- La satisfación de los antojos
- Ambiente íntimo y familiar
- Red social de apoyo a las emergencias
- Uso de posiciones verticales
- Cuidados en el puerperio

Se considera al frío como uno de los principales factores de riesgo en el parto, pues puede dificultar la dilatación e incluso el nacimiento. Al respecto Ofelia Burgos en su trabajo sobre el parto en la zona sur andina señala que "El parto es un evento absolutamente caliente. El calentamiento de la parturienta parece ser una de las mayores preocupaciones de todos los asistentes al parto sin excepción alguna." [15]

15 Burgos María Ofelia: ***El Ritual del Parto en los Andes,*** Tesis Doctoral, Univ. de Nijmegen, Holanda, 1995, pág. 139

Durante el puerperio el frío causará el "*sobreparto*", el problema más importante reconocido en esta etapa. El abrigo, los mates de plantas cálidas (*orégano*, *albahaca*, *jengibre*, *muña*, *hoja de algodón*, *culantro*, entre otras) buscan mantener el calor en el cuerpo y "*apurar*" el parto, lo mismo que las frotaciones con *infundia de gallina* o *belladona* y los sahumerios de plantas.

El exceso de calor aparece con mayor claridad en la selva, debido probablemente a las condiciones climáticas de esta región. Será la causa de "*la inflamación*", contrarrestada con plantas "*frescas*" como la *malva* y la *linaza*, que se ingresan o se usan en baños. Estas plantas son también "*flemosas*" ya que ayudan a lubricar el canal del parto para favorecer la salida del bebé.

2.2. La satisfacción de los antojos

El antojo es una situación frecuente entre las mujeres gestantes. En los ámbitos del estudio hay consenso sobre la necesidad de satisfacer los antojos de las gestantes, tarea que corresponde generalmente al esposo o pareja. Esto garantizaría de alguna manera que se resuelvan algunas de las necesidades alimentarias de la gestante y se le haga sentir atendida.

2.3. El ambiente íntimo y familiar y la presencia de personas cercanas a la parturienta en el parto

Un elemento constante en la atención del parto tradicional es la preocupación por garantizar un ambiente privado e íntimo para el buen desarrollo del parto. Esta condición se logra incluso en las viviendas precarias de los ámbitos del estudio, acondicionando el espacio doméstico. Se elige habitualmente el lugar donde se duerme o junto al fogón como en la selva.

El espacio donde se atenderá el parto debe ser abrigado, es decir protegido del aire, el viento y el frío. Se reduce al máximo los elementos que pueden interferir con el proceso del parto como: la luz, los ruidos externos y la presencia de personas que pueden perturbar a la parturienta. "No solamente la elección del lugar es importante, sino también su adecuación ambiental, la preparación de un recinto cerrado, oscuro, social..." [16]

16 Op.Cit., pág. 217.

Una característica fundamental de la atención tradicional es permitir la participación de personas según el deseo de la parturienta. Estas cumplen un rol de soporte, contención y aliento permanente, creando las condiciones óptimas para que el trabajo de parto y el expulsivo se desarrolle positivamente. "Todos los participantes en el parto contribuyen a mantener el conocimiento sobre la base del cual se toman las decisiones" [17] . Todos los estudios coinciden en mostrar que el parto es un evento familiar, que involucra a varones y mujeres. El esposo está siempre presente (salvo algunas excepciones) ayudando, sosteniendo, dando fuerzas. Sólo entre los aguarunas (estudio 4) el parto aparece como un espacio más marcadamente *"de mujeres"*.

2.4. Red social de apoyo para las emergencias obstétricas

Los familiares y vecinos se movilizan y cooperan para conseguir recursos para ayudar a resolver un parto que presenta complicaciones. Ofrecen remedios tradicionales disponibles en el ámbito doméstico, avisan o buscan a las/os parteras/os o en última instancia se movilizan hasta el establecimiento de salud. Existen diversas estrategias familiares y/o comunales frente las emergencias obstétricas.

2.5. El uso de posiciones verticales durante las diferentes etapas del parto

Durante el trabajo de parto, expulsivo y alumbramiento en la atención tradicional, se utilizan una variedad de posiciones que mantienen el eje vertical del cuerpo. Al inicio del trabajo de parto, la parturienta sigue realizando sus actividades cotidianas para dejar preparado lo necesario para la familia, ante su alejamiento de las actividades domésticas durante los días posteriores al parto. Mantener estas actividades favorece que se disipen las tensiones propias del parto.

A medida que el trabajo de parto avanza, la persona que atiende o acompaña el parto estimula a la parturienta a caminar. Estudios realizados demuestran que las contracciones que se producen mientras la mujer camina o está de pie son más eficaces y menos dolorosas. Además se aprovecha la fuerza de

---

17 "***Conocimientos, actitudes y prácticas de las mujeres en relación al ciclo reproductivo***", Bolivia, 1991.Centro de Investigación, Asesoria y Educación en Salud.

gravedad para el descenso del bebé y la dilatación del cuello del útero (Balaskas, Gordon, 1993).

Las diferentes posiciones verticales durante el trabajo de parto y el parto (en cuclillas, de rodillas, a gatas, sentada al borde de una superficie u otras) favorecen la máxima abertura de la pelvis durante esta etapa y permiten que el ángulo de descenso en relación a la forma del canal de parto y la acción de la fuerza de la gravedad sean los óptimos (Balaskas, Gordon, 1993).

2.6. Los cuidados puerperales

El puerperio es considerado como una etapa especialmente peligrosa para la madre. De los cuidados tenidos en esta época dependerá la futura salud de la mujer. "Esto corresponde al énfasis cultural en la etapa del alumbramiento, y el período del post-parto, como las etapas más peligrosas del parto." [18]

Por lo general el entorno familiar (madre, suegra o esposo) asume las responsabilidades domésticas, permitiendo cumplir con cuidados y restricciones pautados para este período: contacto con agua fría, esfuerzos, exposición al aire y al sol. Los familiares se ocupan también de la atención de la madre, proporcionándole una dieta especial y las bebidas necesarias para favorecer la salida de los loquios. El incumplimiento de estos cuidados expone a la mujer al *"sobreparto"*, el problema más temido por las mujeres en esta etapa porque puede acarrear la muerte.

La gran preocupación y las atenciones que recibe la madre durante este período, favorecen su recuperación luego del esfuerzo que supone el parto. Esto cobra especial importancia en el contexto de pobreza que afecta seriamente las condiciones de salud de las mujeres de las comunidades rurales estudiadas. El descanso absoluto durante los primeros días (alrededor de una semana) evita que la mujer se reintegre rápidamente a las exigencias de su jornada laboral habitual.

"Las prácticas de atención en cuanto a envolver bien a la madre y mantenerla caliente, como también de masajear su espalda con grasa o alcohol caliente, tiene las ventajas grandes [sic] de hacer sentir bien a la madre, no sólo

18 Aguilar M. y Bradby. "Parto domiciliario en un barrio periurbano de Sucre: Experiencias relatadas por mujeres". Bolivia, 1996 (pp. 72).

físicamente, sino también con respecto a una atención integral a sus necesidades en esta fase." [19]

Los cuidados mencionados y la cohabitación de la madre con el recién nacido permiten la dedicación casi exclusiva a éste último. La lactancia materna favorece, en los días posteriores al parto, la eliminación oportuna de los loquios y la involución del útero, incluso cuando la mujer permanece en descanso absoluto durante esta primera etapa.

3. Prácticas tradicionales potencialmente riesgosas

Dentro de las prácticas potencialmente riesgosas identificadas en la atención del parto a cargo de parteras y familiares, se pueden diferenciar dos tipos de situaciones:

- Las prácticas tradicionales propiamente dichas
- Las prácticas debidas a desconocimiento de la información o de los procedimientos biomédicos.

3.1. Priorización del calor/ objetos calientes y la cercanía con la tierra en el lugar y los procedimientos del parto

En todos los ámbitos (en menor medida en la amazonía, por su clima cálido) se observa la preocupación por mantener el ambiente del parto abrigado y cerrado, incluso a veces se elige un lugar junto al fogón de la cocina.

El pensamiento andino prioriza el calor en el ambiente (aunque haya humo y esté sucio) así como la cercanía y hasta el contacto directo con la tierra, porque *"éste es el lugar de la pachamama, quien protegerá a la parturienta y el bebé"*.

Asimismo *"los cueros"* con que se acondiciona la cama del parto tienen una función de abrigo y deben evitar que la sangre materna caiga a la tierra, *"lo que provocaría daño a la madre"*. Además simbolizan sobre todo si son negros a la *"llama negra"* que está en el cielo, deidad de la fertilidad y protectora al igual que la pachamama. Se sugiere también en ese sería el sentido del uso de lana de

19 Op.cit., pág. 220.

carnero o de llama para amarrar el cordón umbilical y asegurar la placenta al pie de la madre para *"que no se escape"* (Burgos 1995).

El cordón se corta con trozos de arcilla cocida, teja, tiesto, olla, astilla de madera, fragmentos de piedra. Todos ellos son elementos cálidos, asociados con la madre tierra. Consideran que *"el metal es frío y puede provocar diversos daños"*. Sin embargo cuanto más occidentalizada esté la persona que atiende el parto, tenderá al uso de tijeras o cuchillos, muchas veces no esterilizadas.

Prácticas tradicionales potencialmente riesgosas

1. **Prácticas tradicionales propiamente dichas**
   - Priorización del calor/objetos calientes y la cercanía a la tierra en el lugar y los procedimientos del parto
   - Riesgos en la gestación y el parto reconocidos ancestralmente
   - Pujos antes de tiempo y/o prolongados
   - Preocupación prioritaria por el alumbramiento y la madre
   - Lactancia materna no inmediata

2. **Prácticas tradicionales riesgosas debido al desconocimiento de la información o de los procedimientos biomédicos**
   - Falta de higiene
   - Reconocimiento insuficiente de factores de riesgo y signos de alarma
   - Atención tardía al recién nacido

3.2. Riesgos reconocidos ancestralmente

En la gestación el riesgo reconocido más frecuentemente reconocido es la mala posición del bebé. La gestante frente algún malestar (tal como el *"dolor de costado"* o la dificultad para caminar) visita a la partera. Ésta diagnostica la posición incorrecta del feto mediante palpación o masajes del vientre materno y trata de aliviar a la mujer modificando la posición incorrecta con masajes, sacudidas/acomodos/manteadas.

Otros riesgos mencionados por los informantes, como el sangrado/hemorragia o el edema, son probablemente de conceptualización más reciente orientados por la capacitación a las parteras o por información transmitida a familiares a nivel comunal. El problema radica en que pese a ser reconocidos siguen tratándose con procedimientos tradicionales. En el caso de la *"hinchazón de pies"* atribuida al frío, se tratará con frotaciones con *palito de waji* y *coca* (Puno aymara), o al estar la causalidad referida a fenómenos naturales (sierra La Libertad) no se asocia con la hipertensión.

Durante el parto hay una marcada preocupación de la partera/o por el tiempo, evaluando si éste se prolonga más allá de lo que estiman como normal. Esto se atribuye nuevamente a la mala posición del bebé. Tratan de corregirla con diversos procedimientos: ajustando el vientre con los brazos, masajes y frotaciones, así como "sacudidas" (Burgos 1995).

Otros factores de riesgo que ponen en alerta a quienes atienden el parto son la debilidad, el nerviosismo/ la ansiedad / el miedo, y la pérdida de conciencia de la parturienta (Bradby 1996).

En el alumbramiento existe el temor a que la placenta *"se suba, o se regrese"*, por lo que no debe cortarse el cordón hasta que la placenta haya sido expulsada. Se conceptualiza este momento como *"un segundo nacimiento"*, por eso se guardan similares cuidados tanto para la madre como para la misma placenta.

En lo señalado hasta aquí se observa que hay una serie de riesgos que responden a una causalidad tradicional, que implican soluciones del mismo tipo y que no conducen a una derivación a los establecimientos de salud. Parece ocurrir lo mismo con algunos elementos biomédicos (sangrado, edema) que pese a estar incorporados en cierta medida al sistema tradicional se siguen atendiendo con recursos tradicionales.

3.3. Pujos antes de tiempo y/o prolongados

En el ámbito tradicional se identifican una serie de signos y síntomas para determinar el comienzo de la etapa expulsiva. Estos básicamente son: aumento del dolor, sensación de defecar, *"sentir"* la cabeza del bebé en *"el encuentro"* o en *"las partes de uno"*; sudor, calentamiento de la coronilla, cambios en la expresión del rostro.

La observaciones de esta serie de signos y de síntomas sustituyen la práctica del tacto vaginal del sistema occidental y su presentación está en co-

rrespondencia con el momento en que la mujer comienza a pujar para el nacimiento del bebé.

Sin embargo en los estudios contamos con relatos que señalan indicaciones de pujo antes del momento adecuado, posiblemente con la intención de que la cabeza del bebé baje más rápidamente. Por otro lado en los casos de parto prolongado se estimula a la mujer a seguir pujando, como única alternativa para que el bebé nazca. El efecto en ambos casos puede ser el edema de la vulva y el sufrimiento fetal.

3.4. Preocupación prioritaria por el alumbramiento y la madre

La placenta es asumida como *"la casa del bebé"*, su nutriente, por ende tiene poder creador. Se la debe procesar adecuadamente, lavándola, quemándola y/o enterrándola, protegiéndola del sol, del frío, del viento o el mal aire. De este modo consideran que *"se protege a la madre y al niño"*. También se la usa con fines predictivos y curativos (Burgos 1995).

Se sugiere que más que considerar que existe descuido en la atención del recién nacido por ocuparse de la atención de la madre, se debe tratar de entender en el contexto el enorme peso del puerperio en la concepción émica del parto. Durante el parto la madre está en riesgo constante de muerte, no debe olvidarse que de allí proviene la expresión *"salvarse del parto"*. Se debe proteger constantemente a la madre de enfermedades y males que la acechan. Los órganos de su cuerpo conmocionados por el parto han de volver lenta y cuidadosamente a su sitio. Todo ello se lleva a cabo en el marco de cuidados muy estrictos, que tienen como principal finalidad asegurar la vida y bienestar de la madre y por consecuencia la del recién nacido así como de los demás hijos y familia.

3.5. Lactancia materna no inmediata

La tendencia en los ámbitos de estudio es a no iniciar la lactancia precoz. Esta se retarda utilizando algunas bebidas como *anís, manzanilla*, y otras. Existen algunas referencias sobre que la motivación sería "*limpiar al bebé*" de los restos de líquido amniótico, estimular la expulsión del meconio y calmar el hambre hasta que la madre produzca leche (Burgos 1995).

Se han encontrado evidencias en Bolivia de que la demora en iniciar la lactancia materna obedecería a una forma de enseñanza simbólica al bebé de

la capacidad de auto-restricción frente a las condiciones de vida en la pobreza (Bradby, 1996). Sin embargo hay algunas referencias tanto de la lactancia inmediata como del calostro como una práctica beneficiosa para el recién nacido. (estudio 1).

3.6. Falta de higiene

La infección puerperal es una importe causa de morbimortalidad materna en nuestro país, hecho estrechamente vinculado a las condiciones de atención de parto domiciliario. En la observación del parto tradicional se constataron evidentes falta de higiene específicamente en relación a :

- El lugar en el que se atiende el parto y el espacio donde se coloca o cae el recién nacido;
- Las manos de la persona que atiende el parto;
- La zona perineal de la parturienta, la cual no suele recibir un aseo previo
- Los instrumentos y materiales utilizados para cortar y ligar el cordón.

Los hallazgos señalan que la falta de higiene genital es una constante después del parto que se mantendrá a lo largo del puerperio. A pesar del énfasis sobre el cuidado de la higiene en la capacitación de las parteras, éstos aspectos no han sido suficientemente incorporados, no sólo a nivel de las parteras sino también en cuanto a estrategias dirigidas a las mujeres y demás miembros de la comunidad. Las concepciones de limpieza y suciedad del sistema tradicional y el biomédico son diferentes, lo cual dificulta que la población valore y desarrolle hábitos de higiene.

3.7. Reconocimiento insuficiente de factores de riesgo y signos de alarma

La identificación de factores de riesgo obstétrico durante la gestación a través del control prenatal institucional, permite una discriminación entre partos de bajo, mediano y alto riesgo. Ello prevendrá una serie de complicaciones y posibilita una atención oportuna de la madre y el niño/a, restringiendo al espacio domiciliario la atención de los partos de bajo riesgo.

En la atención tradicional del parto, se suele atender a todas las mujeres sin una discriminación previa en función de los factores de riesgo obstétrico.[20]

---

20 Según el MINSA, los factores de riesgo son: edad (menor de 19 años y mayor de 35), multiparidad (cuatro o más hijos), nuliparidad, período intergenésico (menor a dos años o mayor a cuatro),

Esta situación se agrava por la falta de un control prenatal adecuado (ausente, esporádico o tardío) que caracteriza a las poblaciones rurales estudiadas. Una situación similar ocurrirá con la identificación de signos de alarma y su derivación oportuna a lo largo de todo el proceso. [21] Lo anterior implica que no se produzca la prevención ni la atención adecuada (derivación a un establecimiento de salud) de problemas prevalentes en estas comunidades. Muchas veces la derivación se realiza de manera tardía, en perjuicio de la salud (o de la vida) de la madre y el niño.

3. 8. Atención tardía del recién nacido

En todos los ámbitos estudiados se observa una gran preocupación por el alumbramiento y la atención de la madre, sin que el recién nacido reciba similar atención. [22] Especialmente en el estudio 2, los recién nacidos son desatendidos por un lapso prolongado. Adicionalmente existen dificultades por parte de las parteras y familiares, para identificar tempranamente problemas en el recién nacido y en consecuencia, derivarlos para su tratamiento oportuno.

4. PRÁCTICAS BIOMÉDICAS

4.1. Procedimientos para la detección del riesgo y la solución de emergencias obstétricas y perinatales

El objetivo del control prenatal institucional (CPN) es detectar e intervenir oportunamente en casos de complicaciones durante la gestación, así como tener un mayor control con mujeres que presenten embarazos de riesgo, con el fin de disminuir la morbimortalidad materna.

Los procedimientos empleados permiten establecer con relativa precisión la edad gestacional, la fecha probable de parto, los antecedentes obstétricos y

---

antecedentes de problemas obstétricos y enfermedades (anemia, diabetes, TBC). MINSA. ***Guias Nacionales de Atencion a la Salud Reproductiva.*** 1997

21 Los signos de alarma reconocidos por el MINSA son: Hemorragia, edema, pérdida de líquido, convulsiones y disminución de los movimientos fetales.

22 En caso de problemas de "asfixia" del recién nacido, se realizarían procedimientos de estimulación mediante palmadas y masajes.

la presencia de condiciones que podrían interferir con el embarazo y el parto (anemia, diabetes, tuberculosis, hipertensión arterial) así como identificar tempranamente signos de alarma.

También son beneficios importantes del control prenatal la vacuna antitetánica (que habría permitido reducir drásticamente el tétanos neonatal) y la provisión regular de sulfato ferroso para combatir la anemia, problema prevalente en las comunidades del estudio.

El CPN y la atención institucional del parto ofrecen la posibilidad de reducir y controlar los riesgos en el parto, especialmente aquéllos prevenibles según los criterios manejados por el MINSA, los cuales permiten identificar a gestantes de bajo, mediano y alto riesgo. La atención de éstas últimas debería estar circunscrita al espacio institucional donde existe la posibilidad de intervenir y solucionar las emergencias que pudieran presentarse, y que pueden ser causa de muerte en la atención domiciliaria .

4.2. Prácticas relativas a la higiene

El sistema biomédico utiliza una serie de prácticas para garantizar la asepsia durante la atención de parto, reduciendo al mínimo los riesgos de infección para la madre y el recién nacido. Los procedimientos contemplan el uso de material e instrumental estéril durante todo el proceso. Este elemento es especialmente importante en un contexto como el del país, donde las infecciones durante el parto y el puerperio son una de las principales causas de muerte materna.

Prácticas biomédicas

1. Favorables
- Procedimientos para la detección de riesgos y solución de emergencias
- Higiene

2. No favorables
- Ambiente no favorable del parto
- Aislamiento de la parturienta
- La relación proveedor/usuaria
- Breve contacto piel piel

3. Potencialmente riesgosas
- Uso de la posición litotómica
- Uso de procedimientos invasivos como prácticas de rutina

5. PRÁCTICAS BIOMÉDICAS NO FAVORABLES Y POTENCIALMENTE RIESGOSAS [23]

5.1. Las características del ambiente en el que se desarrolla el parto

En los servicios de salud los ambientes destinados al parto presentan algunas características que pueden interferir con la dinámica del parto. Se trata de ambientes que no garantizan la privacidad de la parturienta, en los cuales tienen acceso personal de salud o personas no directamente involucradas en la atención de parto. Son ambientes que se perciben como muy fríos y ajenos, con

23 Usamos el concepto de "riesgo" en una acepción extensa e integral no solo circunscrita al riesgo obstétrico, sino comprendiendo aquellas prácticas y técnicas que de una u otra manera pueden atentar contra la estructura cultural en la cual las mujeres están inmersas y que por tanto pueden repercutir también en la propia fisiología de los procesos reproductivos estudiados.

instrumental y enseres metálicos poco acogedores, con mucha luz, muy diferentes al espacio familiar en el cual se desarrolla tradicionalmente el parto.

5.2. El aislamiento de la parturienta

En el espacio institucional de atención del parto la parturienta es a menudo aislada, separada de sus seres queridos, elemento especialmente observado en el caso del parto hospitalario. Esta situación, que contrasta notablemente con las prácticas tradicionales de la atención de este proceso, se percibe por las mujeres como amenazante y perjudicial para el buen desarrollo del parto.

La mujer pasa de ser el centro de los cuidados y atenciones del núcleo familiar y comunal, que valora este momento como excepcional, a ser atendida como *"una más"* en un espacio externo a su vida cotidiana y donde el parto es un hecho rutinario.

5.3. La relación proveedor/usuaria

A lo anteriormente descrito, se suma la compleja y difícil relación entre las personas que atienden el parto y la parturienta. Se producen un conjunto de desencuentros de los cuales queremos resaltar:

- La distancia cultural entre ambos actores que implican explicaciones y valores diferentes sobre los problemas de salud que pueden ocurrir;
- La dificultad del personal de salud para escuchar y tratar de entender y/o acoger las inquietudes y experiencias de las mujeres;
- La relación vertical que se establece entre el personal de salud y las usuarias, que se agudiza cuando el personal es de género masculino;
- La indiferencia y los malos tratos hacia las mujeres parturientas;
- El uso de lenguaje técnico incomprensible para las mujeres;
- Las diferencias de idioma el entre personal de salud y las mujeres de las comunidades nativas estudiadas (shipibas, Puno aymara).

Estos elementos determinan que no se establezca una comunicación real y provechosa entre los actores involucrados en el proceso de atención del parto, impidiendo a su vez que se construyan relaciones de confianza, aspecto básico para reducir la ansiedad y favorecer el proceso del parto.

Los aspectos mencionados anteriormente como el ambiente, el aislamiento y la relación proveedor/usuaria, han sido analizados por el Grupo de trabajo técnico de la OMS en la medida en que pueden constituirse en obstáculos para el buen desarrollo del parto. Ellos permiten apreciar que la mujer en trabajo de parto debe estar rodeada de personas en quienes confía y con quienes se siente cómoda (sea una partera tradicional, el esposo, la suegra u otra persona cercana).

Al mismo tiempo la mujer tiene el derecho a la privacidad; las personas que atienden el parto deben ser "el mínimo necesario". Las mujeres en trabajo de parto no deben ser dejadas sin el apoyo de los proveedores de salud ni exigírseles dar a luz en cuartos públicos llenos de gente, donde la privacidad y apoyo personalizado son imposibles (Safe Motherhood Newletter, 1996).

Al respecto el MINSA señala como condiciones básicas para el parto: un ambiente para la dilatación "adecuado y con privacidad" ; la actitud del personal debe ser "tranquilizadora, sin estridencia ni ansiedad"; promover la "participación activa del grupo familiar" y facilitar que "el padre esté en el parto".

La importancia del ambiente de parto ha sido también resaltada por Michel Odent, médico gíneco-obstetra francés, uno de los máximos representantes de la corriente de parto natural. Este especialista enfatisa la necesidad de crear un ambiente que garantice la privacidad e intimidad de la parturienta, para permitirle concentrarse en el proceso, sin sentirse observada ni ser perturbada por interferencias externas innecesarias.

El desarrollo natural del parto requiere de un balance hormonal particular: la glándula pituitaria posterior debe secretar la hormona oxitocina, responsable de las contracciones uterinas, para dar inicio y mantener el trabajo de parto. A medida que avanza el dolor se pone en marcha un mecanismo hormonal de protección: la secreción de endorfinas (sustancias opiáceas endógenas con características similares a la morfina) que actúan como analgésicos naturales, protegiendo del dolor, suprimiendo la ansiedad e induciendo una sensación general de bienestar.

En un ambiente frío, hostil o amenazante (donde no existen suficientes lazos de confianza, los códigos culturales sobre el proceso del parto son diferentes, existe temor frente a los procedimientos empleados, poco conocidos y entendidos por la parturienta) el organismo producirá sustancias similares a la adrenalina, típicas de la reacción de defensa. Estas sustancia pueden bloquear o detener el proceso, inhibiendo las contracciones o intensificando el dolor, de la misma manera como pueden inhibir la lactancia.

5.4. Uso de la posición litotómica

La posición litotómica o ginecológica es la más utilizada en el parto institucional. Esta posición contrasta con las usadas tradicionalmente en todos los ámbitos de estudio (todas ellas centradas en un eje vertical) y representa una importante barrera cultural para el acceso al parto institucional por dos razones: la vergüenza o pudor que genera la exposición de los genitales frente a una persona desconocida y la dificultad de dar a luz en una posición no fisiológica. Existe consenso sobre los efectos negativos de esta posición, considerada por la propia medicina occidental como la menos fisiológica.

Esta posición presenta una serie de problemas en las diferentes etapas del parto, como veremos a continuación. El proceso de dilatación en la mujer en la posición horizontal es más prolongado y difícil, favoreciendo que surjan complicaciones. Esta demora se debe a que no se aprovecha la fuerza de gravedad, sino más bien se va contra ella: la presión que el peso de la bolsa de agua y del propio feto ejercen contra el cuello del útero se desvía hacia la pared posterior del útero.

Este problema se mantiene durante la expulsión - rotación, descenso y desprendimiento - exigiendo mayor esfuerzo y tiempo, condicionando una mayor probabilidad de complicaciones, por una suma de factores:

- El canal del parto en la mujer en posición ginecológica se transforma en una curva de dirección ascendente, lo que obliga a la mujer a empujar el feto en un plano inclinado para arriba. La rotación se vuelve también más difícil, pues causará mayor trabajo mover el feto echado apoyado sobre una gran superficie corporal, que sobre una pequeña fracción de cabeza sobre la cual se apoya cuando está en posición vertical
- En la mujer echada la superficie de la cama presiona las nalgas y el coxis en dirección al pubis, estrechando el canal vaginal, y exigiendo un mayor esfuerzo para ser vencido. De este modo se encuentra sujeta a mayores lesiones.
- En la posición ginecológica mucha de la fuerza expulsiva de la mujer se pierde. El enorme potencial de la musculatura de las piernas se elimina casi completamente, al estar éstas suspendidas.

Para intentar vencer la resistencia del suelo pélvico y abreviar el parto en esta posición se debe recurrir con frecuencia al uso de una serie de procedimien-

tos, como la episiotomía, el vacuum extractor, los forceps y la cesárea, todos con una importante carga iatrogénica.

Un problema no menos importante, es que en la posición horizontal el útero comprime la aorta y la vena cava, disminuyendo la cantidad de sangre oxigenada que ingresa y sale de la placenta, restando oxigenación al proceso de parto y al bebé. El Grupo de Trabajo Técnico(GTT) de la OMS recomienda que durante las diferentes fases del trabajo de parto se estimule a la mujer a adoptar la posición que desee (echada, parada, caminando, sentada, a gatas), más que permanecer echada por largos períodos. Mantener la posición horizontal es recomendable sólo en casos de ruptura prematura de membranas.

El MINSA recomienda las posiciones: semi-sentada, sentada y en cuclillas, de acuerdo a la preferencia de las usuarias. Señala que la posición de litotomía o ginecológica clásica, no son muy apropiadas y deben ser evitadas porque no permiten un punto de apoyo apropiado para ayudar en el pujo.

5.5. Uso de procedimientos invasivos como práctica de rutina

En la práctica institucional, especialmente la hospitalaria, se utilizan una serie de procedimientos de rutina como: el enema, el rasurado y la episiotomía, cuya utilidad es discutible.

Aunque en los servicios de salud de menor complejidad se recurre cada vez menos a las dos primeras prácticas, la episiotomía sigue siendo una práctica difundida y forma parte de las normas de atención a las primigestas. Su finalidad es evitar el rasgado perineal. En opinión del GTT de la OMS este procedimiento sustituye un rasgado por un corte preciso, pero cuando se practica de manera rutinaria el resultado es un gran número de mujeres con cortes aunque sólo algunas de ellas hubieran tenido un rasgado.

La episiotomía de rutina, o el "*corte*" para las mujeres en los estudios, constituye una de las principales barreras para el acceso a la atención institucional del parto, es uno de los aspectos más temidos de la misma. Sin embargo, se reconoce la utilidad tanto de la episiotomía como de la cesárea, en casos de complicaciones del parto, pues permite salvar la vida de la madre y el niño.

En relación a los enemas, éstos se utilizan porque se considera que ayudan a la contracción uterina y al descenso de la cabeza del niño, así como a reducir la contaminación. Los estudios demuestran sin embargo que los enemas no

tienen ningún efecto en facilitar el parto, además de ser desagradables. La contaminación puede ser evitada con un cuidado adecuado durante el expulsivo.

Del mismo modo no existe evidencia sobre la relación entre rasurado y reducción de riesgo de infección, si es manifiesto que constituye una práctica molesta para la mujer en trance de parto y después de él.

Con respecto al tacto vaginal, si bien resulta un procedimiento necesario para evaluar el progreso de la dilatación, no debería ser realizado repetidamente (menos aún por diferentes personas y sin el respeto y cuidado necesario) por ser una práctica molesta y que perturba la concentración de la mujer.

5.6. Breve contacto piel a piel

Después del parto se acostumbra colocar al recién nacido por breves momentos sobre la madre, atendiendo al requerimiento del contacto piel a piel inmediatamente después del nacimiento.

Por lo general el recién nacido es retirado rápidamente para realizar los cuidados y evaluaciones previstas. De constatarse un APGAR adecuado, estos procedimientos podrían ser postergados por un tiempo para aprovechar los beneficios del contacto precoz madre - niño/a: ayuda a mantener la temperatura corporal del niño y permite crear una temprana relación de dependencia, muy importante emocional y psicológicamente para ambos El contacto precoz favorece también la lactancia materna y el alumbramiento.

Recomendaciones

En base a los resultados del estudio, se presentan un conjunto de recomendaciones [24] en los siguientes aspectos:

❑ PRÁCTICAS INCORPORABLES A LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD

Las prácticas y procedimientos recogidos en los cuatro ámbitos de estudio han pasado por un proceso de análisis y de clasificación entre prácticas favorables y potencialmente riesgosas. Se ha identificado aquellas prácticas representativas de los cuatro ámbitos. Dentro de las prácticas favorables se han considerado a las que constituyen un eje de la atención tradicional y son el sustento cultural de varias barreras por las cuales la población no accede a los servicios. Se suma a todo ello el criterio de viabilidad en su aplicación de acuerdo con las realidades de los ámbitos.

El propósito de introducir éstas prácticas en los establecimientos de salud es el de aumentar la cobertura de los servicios de salud materno infantiles, proponiendo formas de atención del parto más cercanas a las costumbres y prácticas de las mujeres y de las familias de las comunidades del estudio.

24 Parte de estas recomendaciones se formularon recogiendo los aportes del Seminario convocado por el Programa Materno Perinatal del MINSA y el Proyecto 2000, realizado en Agosto de 1998

Es necesario tender un puente entre la oferta y la demanda de los servicios, acortar las brechas existentes y trabajar sobre algunas de las barreras que hasta el momento interfieren en las decisiones de las mujeres para la búsqueda de la atención de problemas de salud.

Resulta necesario crear las condiciones que permitan que la atención institucional del parto se convierta en una opción sólida para las mujeres de las zonas rurales del país, hecho que redunda favorablemente en la disminución de la morbi-mortalidad materno perinatal.

❑ ESTRATEGIAS DE INCORPORACIÓN

Para que la incorporación de prácticas y técnicas sean factibles, se considera necesario trabajar primero y en forma simultánea los temas de interacción cultural y social que la harán posible. Esta es una de las formas en que se podrá garantizar que dicha incorporación no sea un mero hecho mecánico de aplicación de un protocolo, sino una acción sustentada en la comprensión del mundo cultural que da sentido a dichas prácticas y técnicas.

❑ CAPACITACIÓN Y ACTIVIDADES DE INFORMACIÓN, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN (IEC)

Es necesario adaptar, recrear e innovar los contenidos de capacitación y mensajes de IEC(Información, Educación y Comunicación) a las características de la realidad local, poniendo énfasis en los elementos problemáticos en la atención del parto tradicional domiciliario.

Recomendación 1:
EL AMBIENTE DE PARTO

Es esencial que el parto se desarrolle en un ambiente conocido, familiar, al que la mujer esté acostumbrada y en el cual encuentre seguridad. Para ello será necesario adecuar el espacio del parto institucional a las características del ambiente tradicional, teniendo muy en cuenta los recursos locales.

Un espacio abrigado, con luz tenue y acogedor, suficientemente amplio para permitir el movimiento, con el material e instrumental estrictamente necesario para la atención de parto eutócico, reduciendo muebles y enseres de metal que resultan amenazantes para muchas mujeres. Es necesario garantizar la privacidad de la parturienta en un espacio preferentemente destinado sólo a la atención del parto, protegido de interferencias externas.

En el caso de los establecimientos de mayor complejidad que cuentan con espacios diferentes para el trabajo de parto y el parto, sería mejor habilitar un solo ambiente que cumpla con ambas funciones, para evitar el traslado brusco de la parturienta (como se ha constatado en las observaciones de parto institucional), que genera ansiedad tanto en aquélla como en el personal que atiende el parto e interfiere con el desarrollo del mismo.

Recomendación 2:
LAS PERSONAS QUE PARTICIPAN EN EL PROCESO

El establecimiento de salud es un ambiente extraño, donde hay personas también extrañas para la parturienta. Todo ello la tensiona y altera la estabilidad emocional que requiere un buen parto .

Podría incorporarse como ya es práctica en algunos establecimientos, la realización de actividades comprendidas en la denominada sicoprofilaxis del parto, por ejemplo la visita a los ambientes donde se realiza la atención del parto. Estas actividades pueden desarrollarse en paralelo o estar incluidas como parte del control prenatal.

Es recomendable que el personal de salud presente en el parto, sea el mínimo necesario. Si no fuera posible una relación previa al parto entre el personal y la usuaria y su familia, debiera facilitarse por lo menos una presencia continua de las mismas personas que atenderán todo el parto.

La proximidad y/o participación de la red de apoyo de la parturienta integrada por sus familiares o personas allegada, puede favorecer una disminución de la ansiedad de ésta y por lo tanto tendrá un efecto positivo en el trabajo de parto y el nacimiento.

Se recomienda atender a las demandas de la parturienta, en el sentido de posibilitar que esté acompañada por una persona de su confianza y que esté en capacidad de brindar apoyo y ayuda.

Recomendación 3 :
COMUNICACIÓN DIALÓGICA

Una comunicación efectiva en el momento del parto y en las etapas previas, es esencial para que este evento sea una experiencia enriquecedora y se pongan en juego mecanismos que favorezcan el proceso, reduciendo las interferencias al máximo. En este sentido se propone construir una relación de confianza y una comunicación tratando de recoger la esencia de la desarrollada en el contexto tradicional.

Se recomienda aprender de la experiencia de la relación entre gestante/ parturienta y partera en el parto tradicional, la cual es una relación fluida y de equidad, con una base sólida de confianza y familiaridad. Se desarrolla en un contexto de códigos lingüísticos y pautas culturales comunes, caracterizado por la intercomunicación. En este proceso, la partera o el partero conducen el parto y concentran el saber legitimado, pero compartido con la mujer que recibe la atención, donde ésta tiene un rol activo como sujeto de todo el proceso.

Este tipo de comunicación no está presente en la atención institucional (control prenatal y parto), donde se establece por el contrario una relación jerárquica, en la cual el personal de salud detenta el poder que otorga el conocimiento biomédico. Esto se expresa en una serie de rituales a corregir como: el tipo de lenguaje utilizado (incomprensible para las mujeres); el desconocimiento de la parturienta sobre los riesgos y procedimientos utilizados en el espacio institucional y en el hecho que no se propician las condiciones para que la mujer exprese sus molestias, dudas e inquietudes.

Esta comunicación dialógica parte por considerar a la mujer como un interlocutor válido, con capacidad para entender y actuar en la preservación de su salud. Esta incorporación debe permitir abrir canales de comunicación que confluyen para lograr un diálogo, generándose una valiosa oportunidad para un mayor conocimiento mutuo, del cual ambos actores -gestante/parturienta y personal de salud - saldrán beneficiados.

Recomendación 4 :
LAS POSICIONES DURANTE EL PROCESO DEL PARTO

Se propone que los establecimientos de salud incorporen el uso de las posiciones verticales durante el parto en su práctica cotidiana, de acuerdo a los

requerimientos de las parturientas. Cabe señalar que dicha práctica ya es parte del último y más reciente Protocolo de procedimientos de atención del parto del Ministerio de Salud, pero que necesita para operacionalizarce, la calificación de servicios de salud pilotos, procesos de capacitación y la infraestructura necesaria.

En la atención tradicional del parto, la mujer adopta diversas posiciones durante el trabajo de parto, el expulsivo y el alumbramiento, de acuerdo a su deseo y necesidad: en cuclillas, de rodillas, a gatas, parada, semi-sentada, echada. Este elemento es una de las características más saltantes del parto domiciliario, y tiene un impacto importante en el desarrollo del parto.

Recomendación 5 :
RESPETO A LAS PRÁCTICAS TRADICIONALES

Existen algunas prácticas consideradas muy importantes por las mujeres durante el parto y el puerperio, que responden a una lógica de cuidado de agentes o elementos identificados como causa de problemas en esta etapa.

Aquellas prácticas que contribuyen a generar tranquilidad en la mujer y sus familiares y no afectan la salud ni integridad de la parturienta o el recién nacido, podrían ser utilizados en el espacio institucional de ser solicitados, como ya se reportan en algunos de los ámbitos estudiados:

Durante el parto, pueden emplearse infusiones de plantas medicinales y otras bebidas caseras; masajes y frotaciones en la cadera y el abdomen; abrigo moderado en los ambientes en que el clima lo requiera.

Durante el alumbramiento y puerperio, amarrar la cabeza de la puérpera ; fajarla (a la altura del epigastrio) con un "*chumpi*" o "*chumbe*"; entregar la placenta a los familiares para su disposición según las costumbres del lugar; preparar y servir la comida del puerperio inmediato de acuerdo a la usanza tradicional.

Recomendación 6 :
SENSIBILIZACIÓN, COMUNICACIÓN INTERCULTURAL E INSERCIÓN EN LA COMUNIDAD.

Con estos enfoques se facilitan la incorporación de prácticas positivas en los establecimientos de salud.

Sensibilización

Es necesario trabajar con el personal de salud en su conjunto -médicos/as, obstetrices, enfermeras y técnicas/os, las razones y considerandos para un cambio en la atención del control prenatal y el parto.

Esto significa construir una base que privilegie el respeto a las diferencias culturales. Apuntamos algunos temas claves a tomar en cuenta para un proceso de discusión y reflexión:

- Las expectativas del personal de salud en relación a la atención biomédica del proceso del parto.
- Sus imágenes y percepciones sobre las mujeres y los comportamientos que éstas desarrollan durante este período, superando estereotipos y prejuicios.
- Su percepción de la atención tradicional del parto, las técnicas empleadas y las razones para ellas, y los agentes involucrados.
- Las barreras que impiden el acceso de las mujeres a los servicios de salud y estrategias para abordarlas.

La presentación y discusión de los resultados de los estudios en cada ámbito pueden ser una oportunidad para iniciar o acompañar el proceso de sensibilización.

Comunicación intercultural

Los cambios propuestos pueden hacerse realidad a través de una aproximación sistemática al conocimiento y comprensión de un mundo cultural diferente del propio, como un cuerpo existente y vivo de conocimientos con prácticas y sentimientos legítimos.

Así se podrá entender que la existencia de un comportamiento distinto al habitual vigente no determina que éste sea inferior o subordinado, simplemente es diferente a un determinado patrón cultural.

También debe reconocerse el bagaje de elementos del sistema de salud tradicional presente en la idiosincracia del personal de salud. Ellos en muchos casos, son originarios de la zona donde trabajan, o provienen de otros lugares del país y son en cierta medida portadores de un saber tradicional particular.

De este modo pueden desarrollarse relaciones interpersonales de mayor respeto, valoración mutua y equidad, disminuyendo el distanciamiento entre el personal de salud y las comunidades en las que le toca vivir.

Inserción en la comunidad

Además de las dos áreas desarrolladas más arriba, se considera necesario crear formas de integración del personal de salud a la vida cotidiana de la comunidad, fuera del espacio de los servicios.

Para ello se plantean algunas líneas de acción:

- Identificar líderes y organizaciones comunales (mixtas, de varones, de mujeres, de jóvenes) para establecer procesos de planificación sanitaria y de desarrollo local
- Participación del personal de salud en las faenas comunales, fiestas, ceremonias y rituales del calendario local.
- Organización compartida entre el personal de salud y la población de eventos de salud.
- Identificar y comprender el funcionamiento de las redes sociales (familiares y comunales) de apoyo al parto y emergencias obstétricas, a fin de construir alianzas.
- Procesos de planificación y participación local en salud.

Recomendación 7 :
COMUNICACIÓN E INTERACCIÓN SOCIO CULTURAL

Acceso a información

El personal de salud debe buscar constituirse en una de las vías fundamentales para el acceso a la información sobre salud y enfermedad de la población. Una forma seria difundir los aspectos relativos a los derechos de los pacientes.

Formas de comunicación

La identificación de las redes de comunicación comunales e intercomunales, es la base para estructurar la transmisión de información sobre salud reproductiva

y sexual, como para recoger e integrar las percepciones que sobre los mismos existen en los usuarios, esto requerirá modalidades de articulación con comités de salud comunales y del MINSA en varios niveles organizativos.

Comunicación interpersonal

Es necesario mejorar la calidad de las interacción entre personal de salud, comunidad y los agentes comunitarios de salud. A nivel de los servicios de salud, puede ser útil desarrollar e incorporar requisitos en los protocolos de atención acerca del trato a las personas que recurren a los servicios y sus derechos como usuarios. Debe enfatizarse la mejora en los procedimientos de consentimiento informado en la consulta e intervenciones médicas, sobre una base de equidad, a fin que ambas partes expresen sus preocupaciones y compartan las soluciones.

El personal de salud debería estar en capacidad de establecer una relación de empatía y de respeto con la gestante/parturienta y su familia para lograr una eficaz comunicación concebida en términos de diálogo de pares. Esto demanda desarrollar o posibilitar los siguientes aspectos en y desde el personal de salud:

- Conocimiento del universo cultural de la zona en la que presta sus servicios, respetando la diversidad de convicciones, costumbres y prácticas de la población;
- Inserción en una estrategia nacional de investigación operativa que permita profundizar estudios sobre valoraciones, percepciones y eficacias de algunas prácticas, así como facilite desarrollar estrategias y metodologías locales que recreen los modelos de atención de salud;
- Manejo de recursos metodológicos teórico - prácticos que faciliten la expresión de las necesidades, sentimientos, dudas y temores de gestantes/ parturientas y familiares;
- Información clara y sencilla a las gestantes/parturientas sobre el desarrollo de los procesos y los procedimientos empleados para reducir la ansiedad y promover una actitud activa;
- Elección por la usuaria sobre algunas prácticas, como la participación de personas cercanas y la posición a adoptar.

Recomendación 8 :
ESTUDIO Y RECONSIDERACIÓN EN LA CAPACITACIÓN EN SALUD PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL EN ÁMBITOS RURALES

La higiene como un riesgo importante en la atención del parto.

Este tema si bien se ha desarrollado en las capacitaciones, no ha logrado el impacto esperado. Las concepciones sobre limpieza y suciedad en el sistema tradicional difieren de las del sistema biomédico. Ninguno de los peligros considerados por las mujeres y/o parteras/os (incluido el "*sobreparto*" o infección) son vinculados a la falta de higiene, porque esa idea no existe como tal dentro de las culturas estudiadas.

Detección de factores de riesgo y signos de alarma

De manera semejante a lo anterior, las situaciones de riesgo, emergencia o peligro, tienen una valoración propia y particular en el sistema tradicional y se aplican tanto para la madre como para el recién nacido. Se recomienda partir identificando estas nociones para luego introducir determinados contenidos sobre factores de riesgo y problemas que exigen atención inmediata, priorizados de acuerdo a particularidades locales.

En base al reconocimiento y valoración de las pautas culturales vigentes se posibilitará un proceso de intercambio e incorporación de aquellas prácticas biomédicas necesarias para lograr una derivación oportuna. La población jóven por ser más abierta y receptiva a los cambios de comportamiento, debe ser objeto de especial atención .

Derivación tardia de emergencias obstétricas

La demora en la derivación de un parto complicado a un establecimiento de salud, puede encontrar soluciones teniendo en cuenta las formas organizativas locales de respuesta al evento del parto y a algunas complicaciones que se presentan .

Cuando una mujer inicia el proceso de parto, moviliza y pone en alerta a una red de personas, mujeres y varones, parientes cercanos o lejanos y vecinos

de la comunidad, dispuestos a cooperar. Lo que aquí se sugiere es que ese recorrido no sea sólo interpretado por el personal de salud como "itinerario de búsqueda de atención", sino comprendido como una sólida trama social que potenciará la acción institucional en beneficio de la población usuaria.

Control prenatal

Como en los puntos anteriores, es necesario informar y educar sobre la importancia del control prenatal, relacionándolo con los cuidados tradicionales durante la gestación en tanto comparten los mismos objetivos de un buen embarazo y en consecuencia, un buen parto.

Para ello es necesario dirigirse a la población en su conjunto y también a cada familia. Para que el CPN sea percibido como beneficioso y útil, es necesario crear un espacio y una relación que no resulte amenazadora o indiferente; sino que sea un espacio de diálogo donde se informe, se explique y se atienda las dudas y temores de las gestantes y familiares. El CPN podría ser una excelente oportunidad de reducir los temores de las gestantes hacia la atención institucional del parto.

El personal de salud debe volcar sus esfuerzos para hacer del control prenatal una actividad de alto valor social, al mismo tiempo que debe comprender que sin la participación de las organizaciones comunales tanto las coberturas de captación y de gestantes controladas difícilmente serán modificadas en base a su acción aislada.

Recomendación 9 : EDUCACIÓN

Educación formal

En la formación académica de los profesionales de salud así como en la capacitación periódica a los mismos, es necesario desarrollar contenidos curriculares que les orienten en la identificación y análisis de las determinaciones sociales y culturales que intervienen en los procesos de salud-enfermedad de la población.

Deben incluirse aspectos como:

- La realidad multicultural del Perú. Equidad e interculturalidad;
- Los fundamentos de la antropología médica, los sistemas de salud, los patrones de comportamiento de la población frente a los problemas de salud, las redes familiares y sociales;
- Los sistemas tradicionales de salud vigentes en el país
- El sistema obstétrico tradicional vigente en el Perú. Concepciones, tecnologías, prácticas y recursos terapéuticos;
- Los enfoques de parto fisiológico y humanizado. Manejo y la atención del proceso del parto;
- Modelos de atención de salud para comunidades rurales y dispersas;

Educación comunitaria

Debe revalorarse su importancia, incidiendo en conocimientos compartidos en contextos familiares y sociales de la vida cotidiana. Debe ser de principal interés para el MINSA los conocimientos y prácticas de parteras y otros agentes comunitarios de salud. Es necesario darle continuidad a la partería, especialmente en el área rural, con mecanismos que aseguren su promoción social, cultural y sanitaria.

Recomendación 10 : MODALIDADES DE DIFUSIÓN

Es necesario incentivar una diversidad de medios y formas para desarrollar la capacitación y mensajes de IEC

Los espacios y medios a ser utilizados serán variados: escuelas y colegios, asambleas comunales, organizaciones de mujeres y de jóvenes, faenas de trabajo comunal, ferias, ceremonias, iglesias, talleres de artesanía. Las salas de espera y la consulta en los establecimientos de salud serán considerados espacios clave.

En cuanto a los medios a utilizar, será importante articular una estrategia de medios múltiples, simultáneos y complementarios: radio, video, materiales impresos, reuniones con la población, talleres de trabajo. En todas las acciones que suponen una relación directa con la comunidad habrá que tener en cuenta

la interculturalidad, la comunicación interpersonal, el idioma y el lenguaje utilizados, el ambiente así como las metodologías y técnicas a emplear.

Se recomienda especialmente adoptar la metodología de talleres, aplicando toda la variedad de dinámicas grupales y participativas que cada particular realidad exija; e involucrando al personal de salud y a la población en un diálogo constante y enriquecedor.

Es fundamental que el personal de salud conozca y maneje el idioma local de su ámbito de acción, condición indispensable para construir una comunicación humana e intercultural eficaz.

En el caso de las comunidades nativas estudiadas se debería estudiar la posibilidad de invertir en la formación de recursos humanos locales, sea profesionales, técnicos o agentes de atención primaria de salud (por ejemplo; a través de un sistema de becas integrales).

Recomendación 11:
INVESTIGACIONES

Debe apoyarse la investigación local dirigida a:

- Investigaciones que permitan profundizar el conocimiento sobre algunas de las prácticas más importantes y difundidas en el parto tradicional: plantas medicinales (principios activos, dosis, efectos secundarios y riesgos); el acomodo y el manteo (sus efectos en la posición del feto y los riesgos para la madre y el bebé); los signos observados por las parteras y las mujeres como indicadores del comienzo de la etapa expulsiva y el avance de la dilatación; y la valoración de los riesgos y peligros, las concepciones de higiene y la causalidad frío/calor.
- Investigación sobre las actitudes y comportamientos culturales para con el recién nacido, el vínculo temprano entre la madre y el recién nacido, las prácticas alrededor de la lactancia materna y la interpretación por parte de la madre de los comportamientos del recién nacido en relación a sus necesidades afectivas y de alimentación.
- Estudios sobre la red social de apoyo que subyace al proceso del parto y que organiza a la familia y a la comunidad en función de éste y de la solución de complicaciones que pudieran presentarse.

- Sistematización de experiencias exitosas en la incorporación de prácticas tradicionales en los servicios de salud, de estrategias o metodologías innovadoras sobre el control prenatal.

Recomendación 12 :
MONITOREO Y EVALUACIÓN PERMANENTE

Se requiere construir indicadores de proceso, de manejo sencillo y ágil desde los servicios de salud locales, que permitan evaluar los avances con respecto a las recomendaciones formuladas y a las orientaciones que sobre las prácticas tradicionales puedan provenir de la política sectorial del MINSA.

Entre otros ítems deben considerarse:

- Incrementos de presupuestos o de partidas específicas destinadas hacia estos cambios.
- Existencia y/o número de estudios, investigaciones o proyectos relacionados con el tema.
- Identificación de servicios de salud con procesos de incorporación de prácticas tradicionales.
- Modificación positiva de las coberturas del control prenatal (captación, inicio oportuno, continuidad y número de controles adecuados) parto institucional y partos domiciliarios informados, asistidos o acompañados.
- Centros formadores de recursos humanos de pre - grado, que desarrollan innovaciones curriculares relacionadas a la medicina tradicional.

Bibliografía

AGUILAR Mary y BRADLY Bárbara, *"Partos domiciliarios en un barrio periurbano de Sucre: Experiencias relatadas por mujeres"*, Bolivia, 1996.

ANDERSON Jeaninne. *"Género e identidad en culturas marcadas"*. En Revista Peruana de Ciencias Sociales. FOMCIENCIAS. Lima, 1994.

ARNOLD Denise, YAPITA J. *"Los caminos del género"*. En Qaqachaka: Saber femenino y discursos textuales alternativos en los andes (s/ed, s/f)

BALASKAS J., GORDON Y. Edición Italiana 1993

BRADBY, Bárbara y MURPHY-LAWLES Jo. *Final Report;* Jo Murphy Lawless. 1996.

BRUNELLI G. *"De los espíritus a los microbios"*. Colección 500 años (s/ed, s.f.)

BURGOS María Ofelia. *"El Ritual del Parto en los Andes"*. Tesis Doctoral, Universidad de Nigmejen. Holanda,1995.

CACERES Efraín. *"Si crees, los Apus te curan. Medicina andina e identidad cultural"*, Bartolomé de las Casas. Cuzco, 1995.

CENTRO DE INVESTIGACIÓN, ASESORÍA Y EDUCACIÓN EN SALUD. *"Conocimientos actitudes y prácticas de las mujeres en relación al ciclo reproductivo"*. Cochabamba, Bolivia, 1991.

DAVIS-FLOYD Robbie y SARGENT Caroline. *"Introduction"* en Medical Anthropology Quarterly 10(2) American Anthropological Association. 1996

DAVIS-FLOYD Robbie y DAVIS Elizabeth; *"Intuition as authoritativeknowledge in midwifery and homebirth"* Medical Anthropology Quarterly 10(2) American Anthropological Association,1996.

DE LOS RIOS Rebeca. *"Género, salud y desarrollo: Un enfoque en construcción"*. OPS, 1994.

DIERNA STRAATMAN Rosa. *"Género y dinámica familiar"*. I Congreso Regional Sur del INABIF. Arequipa.

DIERNA STRAATMAN Rosa. *"Género en el desarrollo. Instrumentos conceptuales"* (Inédito). 1994.

DIERNA STRAATMAN Rosa. *"Género y salud reproductiva.* UNSA, (Inédito). Arequipa,1998.

FARIAS Claudia. *"El arte de parir la vida"*. Febrero/marzo, 1996.

FOSTER George y GALLATIN ANDERSON, Barbara. *"Medical Anthropology"*; 1978.

GOFFMAN Erwin. *"El ritual de la interacción"*. Anagrama. Barcelona, 1973.

GOMEZ GOMEZ Elsa. Introducción. En *"Género, mujer y salud en las Américas"*. OPS, 1994.

JORDAN B. *"Atteggiamente, proztiche ostetriche a confronto"*. Cuaderni del Nuovo Nato, Emme Edizione. Milano, Italia, 1984.

MATAMALA María Isabel y MAYNEN, Pilar. *"Salud de la mujer. Calidad de la atención y género"*. 1996.

MORA G. y J.YUNES. *"Mortalidad materna: Una tragedia ignorada"*. En Género, mujer y salud en las Américas. OPS, 1994.

MINSA. *Guías nacionales de atención a la salud reproductiva"*. Ministerio de Salud. Perú, 1997.

MONTES María Jesús y GARCES, Bernarda. *"El parto como proceso fisiológico natural"*. Natura Medicatrix No.33. 1993 (28-34)

ODENT Michel. "Taller sobre salud primaria". Tasco, 10 de marzo de 1994.

OMS. *"Informe Grupo de Trabajo Técnico"*. Ginebra, 1996

OPS. *"Conceptualización de género para la planificación en salud; mujer, salud y desarrollo"*. Washington, D.C. 1995.

OPS. *"Plan Regional para la reducción de la mortalidad materna enlas Américas"*. Washington DC, 1990.

RUSSELL Bernard. *"Research methods in anthropology"* Qualitative and Quantitative Approaches. 1994.

SARGENT Caroline y BASCOPE, Grace "*Ways of knowing about birth in three Cultures*". En "Medical Anthropology Quarterly 10(2) 1996 American Anthropological Association

SASE. "*Estudio Cualitativo de Utilización de Servicios de Planificación Familiar*". Lima, 1994.

SHIONO Patricia, KLEBANOFF Mark, CAREY Christofer. *"Midline episiotomies: More harm than good"*. 1990.

SCRIMSHAW-HURTADO.*"Rapid assessment procedures"*. (s/ed, s/f.)

VARGAS Rosana, NACARATO Paola. *"Informe final proyecto análisis situacional y capacitación con parteras empíricas en Villa El Salvador"*. (Doc. no publicado). CMP Flora Tristán, 1993

VARGAS Rosana (editora). *"Informe cualitativo del CAP materno infantil"*. PSNB, Prisma, Apoyo. 1995.

VIMIGENDA Gustavo y LANGER Ana (editores). *"Métodos cualitativos para la investigación en salud pública"*. 1995.

WALKER M., FARINE D.; ROLBIN, S. y RITCHIE J.W. "*Epidural anesthesia, episiotomy and obstetric laceration*". Md; Obstetrics Gynecology. 1991.

Todas las sociedades dan gran importancia a los umbrales sagrados en los cuales la vida se entrecruza con la muerte. Uno de ellos y privilegiado, es el proceso del parto, en el cual la madre se abre al mundo y sus peligros para alumbrar una nueva criatura, quedando los dos en riesgo de morir o vivir mejor.

Es un momento culminante en la reproducción humana y social de la vida. En el mundo andino, pasar por este trance y traer una nueva vida con resultados satisfactorios, se le denomina "Salvarse con Bien".

Carátula: Carlos Cuadros